

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**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**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería
Intensivista

AUTOR

Cynthia Vanessa Ayala Mendoza

ASESOR

Daysi Milsa Coras Bendezu

Lima - Perú

2016

A mi Dios por ser mi guía en todos los caminos, darme las fuerzas necesarias para seguir luchando día a día, brindarme consuelo y tranquilidad en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi querida madre Teito quien en vida me motivo a elegir esta hermosa profesión y que hoy desde el cielo guía mis pasos para el logro de mis metas.

A mi hija Luana Daniela que es mi tesoro y la mayor motivación de mi vida y a mi esposo Percy que me apoya en todo momento y me brinda todo su amor y comprensión.

Mi agradecimiento a la Lic. Daysi Coras B. por su apoyo y orientación en la culminación del presente trabajo de investigación.

Mi agradecimiento a la Institución por las facilidades otorgadas y a los profesionales de enfermería por su valiosa colaboración desinteresada y apoyo en la culminación del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE TABLAS.....	viii
RESUMEN	ix
PRESENTACION	1

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Justificación / Importancia	6
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases Teóricas.....	12
2.3. Definición Operacional de Términos.....	33
2.4. Planteamiento de la Hipótesis	33

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de la investigación	35
3.2. Lugar de Estudio	35

3.3. Población de estudio	36
3.4. Unidad de análisis	36
3.5. Muestra y muestreo	36
3.6. Criterios de selección	36
3.6.1. Criterios de inclusión	36
3.6.2. Criterios de exclusión	37
3.7. Técnica e Instrumento de recolección de datos	37
3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	37

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.....	39
4.2. Discusión	45

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones.....	50
5.3. Limitaciones.....	51

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
---	-----------

ANEXOS

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	Pág.
1 Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de enfermeras de UCI –Clínica Internacional Sede Lima -2015.....	40
2 Opinión de las enfermeras sobre el contenido del Instrumento registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico de UCI –Clínica Internacional Sede Lima -2015.....	43
3 Opinión de las enfermeras sobre la estructura del Instrumento registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico de UCI –Clínica Internacional Sede Lima -2015.....	44

LISTA DE TABLAS

TABLA N°		Pág.
1	Opinión de las enfermeras sobre el contenido de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico de UCI - Clínica Internacional Sede Lima -2015.....	41
2	Opinión de las enfermeras sobre la estructura de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico de UCI - Clínica Internacional Sede Lima -2015.....	42

RESUMEN

AUTOR: CYNTHIA VANESSA AYALA MENDOZA

ASESOR: DAYSI MILSA CORAS BENDEZU

Los pacientes que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), requieren de múltiples procedimientos, muchos de ellos no pueden ser realizados en la cama del paciente y por tanto se hace necesario el transporte de pacientes en estado crítico hasta el lugar de su realización, durante el traslado es posible la aparición de complicaciones que pueden empeorar el estado inicial del paciente.

El presente estudio titulado “Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de las enfermeras de UCI - Clínica Internacional Sede Lima” tiene como objetivo determinar la Validez de este registro, el cual es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal .La población estará conformada por todas las enfermeras que laboran en la UCI .La técnica que se utilizo fue la encuesta y el instrumento un registro de verificación y un opinionario.Los resultados fueron que del 100% (15) de de enfermeros que participaron, 93% (14), tiene una opinión favorable y 7% (1) desfavorable. La conclusión fue que el instrumento tiene Validez.

PALABRAS CLAVES: Validación de un registro de verificación de traslado intrahospitalario- Opinión de la enfermera sobre el contenido del registro – Opinión de la enfermera sobre la estructura del registro.

SUMMARY

AUTHOR:CYNTHIA VANESSA AYALA MENDOZA

ADVISORY:DAYSI MILSA CORAS BENDEZU

Patients who are hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU), require multiple procedures, many of them cannot be made in the patient's bed and thus the transport of critically ill patients is necessary to the point of its implementation during the move is possible the appearance of complications that can worsen the initial status of the patient

This study entitled "Validation of a record check for intra-hospital transfer of critically ill patients , in the opinion of ICU nurses - International Clinic Lima Office " aims to determine the validity of this record , which is level application , type quantitative , simple descriptive method of cross section .The population will consist of all nurses working in ICU .The technique used was the survey instrument and a record check and opinionario . The results were that 100 % (15) of nurses who participated , 93 % (14) have a favorable opinion and 7 % (1) unfavorable. The conclusion was that the instrument is valid.

KEYWORDS: Validation of a record transfer verification nurse intrahospitalario- opinion on the content of -Opinion nurse record on the record structure.

PRESENTACIÓN

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud. En esta unidad trabajan profesionales especializados y entrenados para dar la atención a los pacientes en estado crítico ; en el cual el profesional de enfermería es el encargado de velar por el cuidado ,monitorizar sus constantes vitales, parámetros ventilatorios, evaluación neurológica, administrar tratamiento, coordinar procedimientos indicados y acompañar al paciente durante la realización de estos.

En los últimos años la sofisticación de las nuevas tecnologías hace que muchos de los procedimientos indicados no puedan ser realizados en la cama del paciente y por tanto sea necesario el transporte de pacientes en estado crítico hasta el lugar de su realización. Tal es así que cuando se le indican procedimientos tales como la tomografía, resonancia magnética, ecografías, entre otros , es necesario contar con un instrumento durante el traslado del paciente crítico a fin de disminuir el riesgo de aparición de complicaciones que pueden empeorar el estado inicial del paciente, lo que indica la conveniencia de una adecuada planificación, que minimice las complicaciones que se puedan presentar.(Bernal Ruiz & Garzon Zea, 2008)

De modo que los listados de verificación constituyen una herramienta que ha demostrado ser efectiva para disminuir el número de efectos adversos (EA) asociados a algunos procesos. (Delgado, 2010)

El presente estudio titulado “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” tuvo como objetivo determinar la validez de un registro de Verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades y al personal de enfermería a fin de 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.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en el que se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación y objetivos, Capítulo II. Marco Teórico, que presenta los antecedentes, base teórica, definición operacional de términos y planteamiento de la Hipótesis. Capítulo III. Metodología, que incluye, tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo, criterios de selección, técnica e instrumentos de recolección de datos y procedimientos para el análisis e interpretación de la información. Capítulo IV. Resultados y discusión. Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones .Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El traslado intrahospitalario del paciente crítico se lleva a cabo con la finalidad de que se realice pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no pueden ser realizadas al pie de la cama. Todo traslado de pacientes está expuesto a posibles complicaciones e imprevistos durante el mismo, al igual que conlleva una serie de riesgos que deben de ser valorados antes de tomar la decisión del transporte.

La incidencia global de los efectos adversos menores (cambios en las constantes vitales) llega al 68%, mientras que la de los efectos adversos mayores (ponen en riesgo la vida del paciente) es del 4,2-8,9%. Según los

diferentes estudios, las paradas cardiorrespiratorias oscilan desde el 0,34 al 1,6%.

El 22% de los efectos adversos en total tienen que ver con los equipos de respiración asistida portátiles ,agitación y mala adaptación al respirador, extubaciones, reservas de oxígeno insuficientes, mala programación del respirador, mala posición del tubo endotraqueal, incluso se ha relacionado el número de bombas e infusiones con la aparición de efectos adversos. Otros están relacionados con el equipo humano, la falta de experiencia, sobre todo del responsable del traslado, los relacionados con la organización ya que la mayoría de traslados son al servicio de Tomografía o al quirófano en donde no hay una buena comunicación entre servicios. (Camacho Ponce, y otros, 2012)

En sus trabajos, (Waddell, 1975) encuentra hasta un 20% de complicaciones en pacientes procedentes de cuidados intensivos durante el transporte intrahospitalario. (Indeck M, 1987), comunica que hasta un 68% de todos los pacientes transportados en su estudio experimentan cambios fisiológicos de más de cinco minutos de duración durante el trayecto. Ehrenwerth y otros autores han mostrado que mientras la frecuencia de incidencias durante el transporte es moderada (50%), la severidad de éstas es baja, (Smith Y, 1990) encuentra hasta un 60% de complicaciones (extubaciones accidentales, desconexión del respirador, desconexión de electrodos del monitor, interrupción en la administración de drogas vaso activas, etc) en traslados para procedimientos programados y un 40% en traslados urgentes.

En la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional, el 70% de pacientes hospitalizados, requieren exámenes de ayuda diagnóstica

como tomografía, resonancia magnética y/o ecografía por lo que deben ser transportados desde su unidad ubicada en el 5to piso hasta el servicio de imágenes ubicada en el sótano de la clínica.

Durante este traslado el personal de enfermería reporta haber tenido algunas complicaciones como son: olvido de maletín equipado, de la historia clínica y del consentimiento informado, balón de oxígeno vacío, baterías bajas de los equipos de transporte, refiriendo al retorno que en ocasiones olvidan colocar las conexiones de la cama y los equipos.

La alta frecuencia de este tipo de traslados a pacientes de unidades críticas indica la conveniencia de una adecuada planificación que minimice los efectos adversos que se puedan presentar.

Los listados de verificación constituyen una herramienta que ha demostrado ser efectiva para disminuir el número de efectos adversos (EA) asociados a algunos procesos. En el ámbito quirúrgico el listado de verificación ha demostrado reducir los EA y la mortalidad en el paciente quirúrgico. Esta medida ya ha sido ya adoptada por muchas instituciones. En el ámbito de intensivos, la incorporación de un listado de verificación durante el proceso de inserción de un catéter venoso central, dentro de un programa integral de formación en seguridad, ha demostrado ser efectivo en disminuir las bacteriemias relacionadas con la colocación de estos dispositivos. El proyecto Bacteriemia Zero confirma estos resultados en nuestro país.(Delgado, 2010)

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la validez 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?

1.3. JUSTIFICACION/IMPORTANCIA

Dado que el paciente crítico de la Unidad de cuidados intensivos, es sometido a traslados internos para la realización de procedimientos diagnósticos, se considera relevante que la enfermera que labora en dicha área cuente con un instrumento que le permita verificar un traslado seguro a fin de disminuir los efectos adversos asociados a este procedimiento.

Por lo que un registro de verificación para el transporte intrahospitalario, facilitaría el trabajo de la enfermera, minimizaría los riesgos antes, durante y después del traslado, pero sobre todo permitiría brindar una atención de calidad al paciente en estado de salud crítico.

Sería un gran aporte a la profesión de enfermería y a la especialidad de UCI, ya que otros profesionales e instituciones podrían tomar de modelo este registro, modificarlas a su realidad y posteriormente implementarlo en su servicio.

Proporcionaría un valor metodológico ya que a partir de este estudio, se podrían plantear otros trabajos de investigación, que tomen en consideración el traslado del paciente u otro proceso de enfermería.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la validez de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de las enfermeras de UCI.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la opinión de las enfermeras sobre el contenido del Instrumento registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Identificar la opinión de las enfermeras sobre la estructura del Instrumento de registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos, que:

A NIVEL INTERNACIONAL

De Oliveira M. Paula; Gonçalves P. Mavilde y Sorgini P. María, el 2010, en Brasil, realizaron una investigación sobre la “Validación de un Checklist de intervenciones preoperatorias pediátricas” .El objetivo fue elaborar y validar un Checklist de intervenciones preoperatorias pediátricas relacionadas a la seguridad del paciente sometido a las cirugías. El método fue estudio metodológico referente a la construcción y validación de instrumento con indicadores de cuidado seguro preoperatorio. El

Checklist fue sometido a validación, mediante la técnica Delphi, con nivel de consenso del 80%. La validación fue desarrollada con cinco profesionales especialistas en el área y, tras dos rondas de la técnica Delphi fue alcanzado consenso, tanto para el contenido como el constructo. En ella se concluye que:

“El “Checklist Pediátrico para Cirugía Segura”, al simular el camino que debe transcurrir el niño durante el período preoperatorio, puede constituir un instrumento capaz de colaborar para que etapas de la preparación y promoción de cirugía sean puestas en práctica, identificándose la presencia o ausencia de las acciones necesarias para promover la seguridad del paciente”.(De Oliveira Pires, Goncalves Pedreira, & Sorgini Peterlini , 2010)

Reséndiz R. Areli; Reyes L. Isabel, el 2012, en México, realizaron una investigación sobre la “Validación de una lista de chequeo de estresores con intensidad para médicos residentes” .El objetivo fue construir y validar una lista de chequeo con intensidad en médicos residentes de anestesiología .El método fue descriptivo de corte transversal .La población se llevó a cabo con tres grupos focales integrados por 24 anesthesiólogos y se aplicó el instrumento a 391 residentes de anestesiología. La técnica la entrevista y el instrumento la lista de chequeo aplicado previo consentimiento informado. En ella se concluye que:

“El instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para medir estrés en médicos residentes y la intensidad ayudará a jerarquizar las áreas de incidencia para poder realizar intervenciones psicológicas”.(Reséndiz Rodriguez & Reyes Lagunes, 2012)

Bernal R. Diana, Garzón Z. Natalia, el 2008, en Colombia, realizaron una investigación sobre “Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos”. El objetivo fue determinar los eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos. El método fue descriptivo. La población estuvo conformada por enfermeras, técnicas de unidades de cuidado intensivo e instituciones implicadas. La técnica fue la entrevista y el instrumento una ficha descriptiva analítica. La conclusión fue entre otros que:

“Los eventos adversos que más se reportan por la literatura durante el proceso de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, son los que ocurren alrededor de mayor grado de intervención del paciente. Condiciona la aparición de eventos adversos un profesional de enfermería con déficit de conocimientos, inexperiencia, desmotivación y sobrecarga laboral, que brinda cuidado a un paciente en estado crítico contando con materiales y equipamientos que no poseen las adecuadas condiciones en conjunto con un equipo de trabajo con el que tiene malas relaciones interpersonales. Los profesionales de enfermería para minimizar e incluso abolir la aparición de eventos adversos durante la atención al paciente en estado crítico deben capacitarse de manera periódica, elaborar guías, protocolos sumado a mantener buenas y productivas relaciones con su equipo de trabajo” (Bernal Ruiz & Garzon Zea, 2008)

A NIVEL NACIONAL

Valverde R. Gabriela, el 2010, en Perú, realizó la investigación sobre “Validación de un instrumento de valoración basada en el modelo teórico de Dorothea Orem para el cuidado al paciente hospitalizado en el servicio de Medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. El objetivo fue

determinar la validez de un instrumento de valoración basada en el modelo teórico de Dorothea Orem según la opinión de las enfermeras. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 15 enfermeras y el instrumento fue un formulario denominado Instrumento de Valoración y un Opinionario. Los resultados fueron que:

“De un total de 15 (100%), 10 (67%) tienen una opinión favorable y 5 (33%) desfavorable en cuanto al contenido y estructura del instrumento. Por lo que se concluye: que el Instrumento de Valoración basada en el modelo teórico de Dorothea Orem, según la opinión de las enfermeras es favorable, es decir es válido tomando en consideración el contenido y estructura, lo cual nos permitirá obtener información sobre la salud del paciente relacionado a los requisitos universales de autocuidado”.(Valverde Ramos, 2010)

García C. Miriam, el 2014, en Perú, realizó la investigación sobre “Validación de una Guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia según la opinión de enfermeros en el Servicio de Especialidades Médicas y Quimioterapia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren”.El objetivo fue determinar la validación de una guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia según la opinión de enfermeros. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 20 enfermeros y el instrumento fue la guía de cuidados y un opinionario aplicado previo consentimiento informado .Los resultados fueron que:

“Del 100% (20), 70% (14) tienen una opinión favorable y 30% (6) no favorable. Por lo que se concluye: que la validación de la guía de cuidados según la opinión de la mayoría de enfermeros es favorable, en cuanto al contenido y estructura, lo cual permitirá

brindar información importante del paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia sobre los efectos secundarios post quimioterapia".(García Cruzate, 2014)

Por lo expuesto anteriormente podemos evidenciar que existen algunos estudios relacionados con el problema de investigación, sin embargo en las instituciones de salud no se ha realizado la validación de un instrumento para el transporte intrahospitalario del paciente crítico, por lo que se creyó conveniente realizar el presente estudio.

2.2. BASE TEÓRICA

VALIDACIÓN:

CONCEPTO:

Comprobación de un conjunto de datos para determinar si su valor se halla dentro de unos límites de fiabilidad. (Validación, 2009)

REGISTROS DE VERIFICACION:(Centeno Moranga, 2011)presenta las siguientes definiciones.

CONCEPTO:

También llamado "de Control" o "de Chequeo", es un impreso conformado de tabla o diagrama, destinado a registrar y compilar datos mediante un método sencillo y sistemático, como la anotación de marcas asociadas a la ocurrencia de determinados sucesos.

Esta técnica de recogida de datos se prepara de manera que su uso sea fácil e interfiera lo menos posible con la actividad de quien realiza el registro.

OBJETIVO:

Reunir datos basados en la observación del comportamiento de un proceso con el fin de detectar tendencias, por medio de la captura, análisis y control de información relativa al proceso. Básicamente es un formato que facilita que una persona pueda tomar datos en una forma ordenada y de acuerdo al estándar requerido en el análisis que se esté realizando.

PASOS PARA LA ELABORACION DE UN REGISTRO DE VERIFICACION

-Determinar claramente el proceso sujeto a observación. Los integrantes deben enfocar su atención hacia el análisis de las características del proceso.

- Definir el período de tiempo durante el cual serán recolectados los datos. Esto puede variar de horas a semanas.

- Diseñar una forma que sea clara y fácil de usar. Asegúrese de que todas las columnas estén claramente descritas y de que haya suficiente espacio para registrar los datos.

-Obtener los datos de una manera consistente y honesta. Asegúrese de que se dedique el tiempo necesario para esta actividad.

VENTAJAS

- Supone un método que proporciona datos fáciles de comprender y que son obtenidos mediante un proceso simple y eficiente que puede ser aplicado a cualquier área de la organización.
- Reflejan rápidamente las tendencias y patrones subyacentes en los datos.

UTILIDADES

- En la mejora de la Calidad, se utiliza tanto en el estudio de los síntomas de un problema, como en la investigación de las causas o en la recogida y análisis de datos para probar alguna hipótesis.
- También se usa como punto de partida para la elaboración de otras herramientas, como por ejemplo los Gráficos de Control.
- Es importante considerar que el uso excesivo de la hoja de verificación puede llevar a obtener datos sin ningún objetivo concreto e importante .Para evitar esto, debe considerarse que cada hoja con la que se obtienen datos en una empresa, tenga un objetivo claro y de importancia.

CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS:

Los registros o informes de calidad mejoran la atención individualizada y eficiente del cliente el cual puede efectuarse mediante formularios diseñados correctamente tomando en consideración criterios básicos para

su elaboración, que permitirá posteriormente una obtención de datos de forma eficaz.

CONTENIDO

- Obtención de información: Un buen registro debe permitir recoger mayor información o lo suficiente sobre el estado de salud de paciente ya que es el punto de partida en la elaboración del plan cuidados de enfermería, y a la vez va a permitir, que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

- Orientación en la recolección de datos: Todo registro debe recopilar información que permita guiarnos y orientarnos durante la recolección de datos del paciente, el que nos ayudará a centrarnos en el o los problemas o necesidades del paciente.

- Aplicabilidad: Los registros deben tener fácil aplicabilidad clínica ya que nos permite rapidez en su manejo, ahorro tiempo en la comunicación y recuperación de datos cruciales fácilmente.

-Objetiva: Se elabora en base a lo observado y ejecutado, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, sin utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos; también puede incluirse información subjetiva(datos verbalizados del paciente) pero entre comillas añadiendo hallazgos objetivos que describir con más claridad el problema del paciente.

- Precisa: Escribir claramente la información se quiera dar, descartando palabras vagas. Significa hechos u observaciones exactas, y no opiniones o interpretaciones de una observación Los hallazgos deben describirse de manera minuciosa en tipo, forma, tamaño y aspecto.

- Claro: Debe resultar comprensible a la información del lector, con redacción sencilla y comprensible, escritos con letra y tamaño legible para asegurar que sean fáciles de leer, evitar ambigüedades puesto que los registros serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlos. Debe usarse solo abreviaturas de uso común evitando aquellas que puedan entenderse con más de un significado.

- Concretas: No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo.

- Significativo: Se inician con la valoración, debe contener sucesos relevantes que sean de interés para la evolución del paciente.

- Integral: Debe ser completa y contener información concisa y detallada sobre el cliente, que sea útil para los profesionales.

- Actualizada: Debe registrarse en el momento real que ocurre. Los retrasos en el registro de información pueden ocasionar graves omisiones y retrasos en la atención sanitaria.

- Organizada: Registrar los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en el sentido cefalo – caudal, respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta o se realiza el cuidado.

- Ordenada: Los hechos o acontecimientos deben documentarse en el orden en que suceden o se realizan.

- Específico: No utilizar términos vagos, anotando específicamente sobre el problema en cuestión, omitiendo detalles innecesarios.

- Confiable: Debe ser un documento veraz y seguro.

Deben ser comprensibles y suficientes, necesarios, sencillos, organizados, confidenciales, etc.

ESTRUCTURA

- Debe estar estructurado de forma clara y muy visual, con un diseño y maquetación atractiva para el profesional, de modo que los datos cruciales pueden recuperarse fácilmente. Por ello será necesario recurrir a cuantas medidas técnicas que requieran, en su fase de diseño.
- La enfermera documenta los acontecimientos en el orden que se producen según las áreas o secciones del formulario, además con la secuencia de valoración, intervenciones y respuestas.
- El número de datos, preguntas y el tipo de ítems deben ser definidos desde el principio pues van a condicionar la estructura básica del registro.
- El número de preguntas o ítems que debe incluirse en un formulario debe tener una extensión delimitada que dependerá de la información requerida.
- En la mayoría de los casos los ítems serán cerrados (a modo de checklist) para facilitar su rápida aplicación, debido a la premura y falta de tiempo que caracteriza la asistencia clínica. No obstante es necesario incluir los suficientes campos abiertos para poder añadir otras opciones que no hayan sido contempladas.
- Es recomendable acogerse a un modelo teórico de enfermería, que presida el diseño del registro, siendo nexo de unión entre todos los apartados que lo componen. Por lo tanto habrá que adecuar los contenidos a los postulados del modelo escogido. A la vez el modelo adoptado en el diseño del registro debe adaptarse perfectamente a las necesidades de la asistencia en el área de trabajo a fin de ser reconocido por los profesionales.

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

(Camacho Ponce, y otros, 2012) Presenta en el Protocolo de transporte intrahospitalario del paciente crítico, las siguientes definiciones:

CONCEPTO

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

FASES DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Fase de preparación

- Determinar el personal que participará en el traslado y sus funciones (enfermera, médico, auxiliar de enfermería, celador,...)
- Informar del procedimiento y su utilidad al paciente si está consciente, e incluso entregarle consentimiento informado de la prueba que se va a realizar. De no ser así, contactar con la familia si no se trata de una intervención urgente.
- Verificar que el paciente lleva colocada la pulsera identificativa con su nombre.
- Si el paciente requiere movilizarse en el lugar de destino, por ejemplo para pasar a la mesa de TAC, es conveniente colocar bajo el enfermo sábanas o “rodillo” que facilite su movilización.

- Confirmar con el facultativo las perfusiones, medicación, etc., que se van a mantener o necesitar durante el traslado y suspender o salinizar aquellas que no sean imprescindibles hasta que se regrese a la unidad. En el caso de que el paciente sea dependiente de drogas vasoactivas y en las perfusiones tenga poco

Volumen, se realizará el cambio de esa perfusión con antelación al traslado para evitar imprevistos durante el mismo.

- En la medida de lo posible intentar llevar sueros de plástico y no de vidrio para evitar caídas, roturas y accidentes.

- Retirar medidas de presión como presión venosa central, presión intraabdominal, presión intracraneal, etc.

- Intentar colocar todas las bombas de infusión y sueros en un mismo soporte, a poder ser acoplado a la cama.

- Si el paciente estuviera con nutrición enteral, suspender y dejar sonda Nasogástrica a bolsa.

- En pacientes con nutrición parenteral retirar para el traslado y dejar un suero glucosado 5% o según pauta médica. Mantener la conexión de la nutrición parenteral lo más aséptica posible, poniendo en su conexión una aguja y ésta cubierta por una gasa impregnada en clorhexidina.

- Proteger al paciente de cambios de la temperatura tapándole con una sábana.

- Importante para la enfermera revisar las fijaciones de vías, tuboendotraqueal, drenajes, etc., para evitar retiradas accidentales durante su transporte.

- Revisar mochila de transporte.

- Comprobar el estado y autonomía del material necesario (cargas de baterías, bala de O₂, nivel de llenado de bolsas de orina y drenajes, perfusiones,...)

- Comprobar el ciclado del respirador y llevar siempre balón de resucitación con mascarilla para posibles extubaciones o complicaciones con el respirador.

- Comprobar funcionamiento del monitor, fijar los límites de alarmas y calibrar

Transductores de presión arterial.

- Cerrar y sellar aquellos sistemas de drenaje de los que podamos prescindir.

- En pacientes con drenajes con aspiración tipo Pleur-evac® no es necesario pinzar el tubo, basta con desconectar la aspiración o incluso si es menos molesto colocar válvula de Heimlich.

- Como norma y siguiendo las indicaciones del protocolo de prevención de Infecciones urinarias, se pinzará la sonda el mínimo tiempo necesario (por Ejemplo al pasar al paciente de una cama a otra) y siempre que se pueda llevaremos los colectores de orina fijados a la cama, nunca encima.

- En pacientes intubados una actuación de enfermería sería aspirar secreciones antes de iniciar su traslado para evitar complicaciones por acumulo de secreciones.

- Anotar constantes previas al traslado para poder valorar posteriormente la repercusión de éste sobre el paciente.

- Si no hay disponible monitor de transporte utilizar medios alternativos para el control hemodinámico del paciente, Pulsioxímetro, esfigmomanómetro, fonendoscopio, etc.

- Acompañar con el enfermo la historia clínica y pruebas diagnósticas que puedan ser de utilidad.

- Antes de iniciar traslado confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para evitar esperas.

- Si la unidad tiene a su disposición una llave de bloqueo de ascensores, debemos de usarla para evitar esperas innecesarias.
- Todo paciente que se vaya a someter a un TI se verificará su preparación rellenando una checklist para evitar olvidos y unificar criterios.

Fase de transporte

- Vigilancia de constantes por la enfermera e intentar documentar claramente en la historia el estado del paciente durante el traslado y medicación administrada.
- Supervisar el paso por las puertas (ascensor, salida y entrada del servicio, etc.) para evitar desconexiones accidentales.
- Preparar al paciente para el paso a la camilla de diagnóstico y coordinar el momento de dicho paso por la enfermera o el facultativo responsable que controlará cabeza.
- Conectar el respirador portátil o la mascarilla de oxígeno a una toma de pared para evitar el agotamiento de oxígeno durante la prueba.
- Colocar el monitor y el respirador en un lugar visible y si es posible conectarlo a la corriente para evitar consumo de baterías.
- Revisar la colocación del tubo endotraqueal, vías, drenajes, tubuladura del respirador, etc. para que en la prueba no hayan desconexiones.
- Valorar la necesidad de sedo relajación y aspiración de secreciones durante el procedimiento.
- Si el paciente está consciente tranquilizarle explicándole lo que se le hará en todo momento.
- Ante la sospecha de complicaciones, se comentará con el facultativo que valorará suspender la prueba o tomar medidas oportunas.

- Al terminar la prueba pasar al paciente de nuevo a su cama con las mismas precauciones anteriores.
- Colocar el aparataje adecuadamente y recoger aquellos utensilios que transportamos con el paciente (mochila de transporte, balón de resucitación, historia médica,...)

Fase de regreso y estabilización en la unidad

- Recepción del paciente por parte del personal de la unidad (auxiliar de Enfermería, celador,...)
- Monitorización del paciente y conexión al respirador o al caudalímetro con los parámetros anteriores o los que indique el facultativo.
- Reinstaurar las perfusiones al retorno del traslado.
- Toma de constantes a la llegada al servicio.
- Reiniciar nutrición enteral suspendida para el traslado.
- Reiniciar nutrición parenteral retirando el suero glucosado
- Revisar vías, tubo orotraqueal, sonda vesical que no esté pinzada, drenajes, etc.
- Anotar hora de salida y regreso a la unidad, procedimiento realizado, medicación administrada, incidencias que hayan surgido, etc.
- Retirar sábanas sobrantes dejando al paciente en una cama limpia y lo más cómodo posible.
- Reponer material utilizado de la mochila de transporte para el siguiente traslado.
- Limpiar y colocar el equipo utilizado sin olvidarnos de conectarlo a la red para su carga de batería.
- Comprobar balón de oxígeno y si está agotada realizar parte a mantenimiento por intranet del hospital para el próximo traslado.

PROBLEMAS POTENCIALES EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

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

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

CLASES DE EFECTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Se diferencian dos clases de efectos adversos:

-Menores: Cambios en las constantes vitales (se habla de modificaciones en torno al 20%) con respecto al nivel previo antes del transporte y problemas por el equipamiento.

-Mayores: Los que ponen en riesgo la vida del paciente y requieren intervención terapéutica urgente.

PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

- **Cardiocirculatorios**
 - Hipotensión severa o hipertensión.
 - Arritmias
 - Parada cardíaca
 - Muerte
- **Respiratorios**
 - Hipoxia severa
 - Broncoespasmo
 - Neumotórax
 - Entubación
 - Intubación selectiva
 - Desincronización paciente-respirador
- **Hipotermia**
- **Neurológico**
 - Agitación
 - Hipertensión endocraneal
- **Malfuncionamiento del equipo**
 - Fallo eléctrico o del suministro de oxígeno
- **Errores humanos**

FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

-Relacionados con el equipo:

El 22% de los efectos adversos en total tienen que ver con los equipos de respiración asistida portátiles. Agitación y mala adaptación al respirador, extubaciones, reservas de oxígeno insuficientes, mala programación del respirador, mala posición del tubo endotraqueal, incluso se ha relacionado el número de bombas e infusiones con la aparición de efectos adversos.

-Relacionados con el equipo humano:

Falta de experiencia, sobre todo del responsable del traslado.

Relacionados con la organización:

La mayoría de los efectos adversos ocurren durante el traslado a Radiología o al quirófano para la realización de pruebas diagnósticas. La comunicación es esencial para minimizar el tiempo de traslado

-Relacionados con el paciente:

El 42,5% de los efectos adversos ocurren durante los momentos iniciales del ingreso, debido a la desestabilización del paciente y cambios rápidos en su situación clínica. De hecho, la situación clínica del paciente es el factor más importante para la aparición de complicaciones durante el transporte.

Por enumerar algunas situaciones que debemos evitar y tener cuidado:

-Acodamiento u obstrucción de las tubuladuras del respirador.

- Fallo en el equipo de monitorización y dispositivos utilizados en el transporte.
- Agotamiento de baterías en el monitor, respirador o bombas de infusión.
- Agotamiento de la bala de oxígeno.
- Desconexiones accidentales de catéteres, drenajes, vías centrales, tubo oro traqueal, sondas vesicales, etc.
- Esperas en hall, ascensores o servicio de destino.
- Agotamiento de perfusiones de aminos drogodependientes.
- Otras situaciones especiales que debemos de tener en cuenta a la hora de realizar un traslado, sería por ejemplo:
 - Resonancia Magnética, en la que se debe de evitar la entrada de metales en la sala (pulseras, anillos, relojes, gafas, etc.), tanto del paciente como del propio personal, y tener en cuenta de que no sean portadores de marcapasos transcutáneos o válvulas cardiacas metálicas. En pacientes con ventilación mecánica deberemos desconectarlos al respirador que está situado en la propia sala.

Pacientes con aislamiento respiratorio y/o de contacto, y sobre todo aquellos cuyo microorganismo patógeno sea multirresistente, en los debemos de extremar las medidas de precauciones universales y la utilización de bata, mascarilla, gorro, calzas y guantes. Además, comunicaremos al servicio que recibe el paciente para que estén preparados, avisaremos al jefe de celadores para bloquear un ascensor y utilizarlo únicamente para ese traslado y ese paciente, (por lo tanto no podrá ser utilizado por nadie hasta que el paciente vuelva a su unidad de origen) y avisaremos al servicio de limpieza para que limpien el ascensor según protocolo y vuelva a poder ser usado.

PACIENTE CRÍTICO (Ramos Gomez & Benito Vales, 2012) en su artículo transporte del paciente con ventilación mecánica, define los siguientes conceptos.

CONCEPTO

Paciente crítico es aquel enfermo, cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesarias la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado, solamente disponibles en la UCI.

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CRITICOS

-Quirófano: Los pacientes quirúrgicos que requieren monitorización invasiva, ventilación mecánica, o reanimación post cirugía pueden ser trasladados directamente de quirófano a la UCI o tras un periodo de evaluación en la unidad de recuperación. El manejo en la UCI se considera una continuación de los cuidados previamente recibidos por el equipo de anestesia.

-Trauma shock: Desde el área de emergencias ingresan en la UCI pacientes médicos, pre quirúrgico, traumático y quemados. Estos pacientes, bajo la dirección y supervisión directa del intensivista, suelen recibir una serie de exploraciones antes de su ubicación definitiva en el área de críticos. La etiología de su enfermedad, ocasionalmente, no se conoce pre ingreso en UCI. Se ingresan para monitorización y tratamiento activo.

-Hospitalización: Son pacientes inicialmente estables que en un momento dado de su evolución presentan lesión aguda pulmonar o distrés respiratorio (LAP/SDRA), hipotensión, shock, parada cardiopulmonar o algún tipo de inestabilidad fisiológica. Este tipo de paciente precisa de resucitación agresiva, tratamiento, monitorización agresiva y, frecuentemente, ventilación mecánica.

CAUSAS HABITUALES DE INGRESO A UCI

Según (García de Lorenzo y Mateos, 2010) , las causas más frecuentes son:

-Compromiso respiratorio: Los pacientes con Síndrome de Distrés respiratorio (SDRA), manifestado por incapacidad de oxigenar y/o ventilar, son transferidos a la UCI para monitorización, oxigenoterapia y ventilación mecánica invasiva o no invasiva. La etiología del SDRA puede ser: neumonía, status asmático, embolismo pulmonar, y exacerbaciones de EPOC.

-Compromiso hemodinámico: Ingresan para manejo de arritmias, hipotensión o hipertensión. Los pacientes con hipotensión son habitualmente resucitados con líquidos o medicaciones (vasopresores o inotropos) para aumentar el tono vascular. Si no se puede mantener una predeterminada tensión arterial media mínima, o si el paciente presenta síntomas de inadecuado aporte de oxígeno a los tejidos (función mental alterada, disminución del débito urinario, piel fría, acidosis láctica), se debe insertar un catéter en arteria pulmonar para monitorizar presiones intracavitarias y gasto cardiaco. Este tipo de determinaciones ayudan al intensivista a decidir entre aportar más líquidos para mejorar la precarga

(presión de llenado del ventrículo izquierdo) o a iniciar un aporte de isótopos para optimizar la contractilidad miocárdica y las resistencias vasculares. En estas situaciones es mandatorio la inserción de un catéter intraarterial para disponer de monitorización continua de la tensión arterial. Los pacientes con hipertensión grave son tratados con potentes vasodilatadores intravenosos de acción ultrarrápida.

-Isquemia e infarto miocárdico: Los pacientes con aporte de oxígeno miocárdico inadecuado se ingresan para manejo de la angina y del infarto de miocardio.

Pueden requerir la administración de nitroglicerina, betabloqueantes y morfina. Cada medicación puede tener complicaciones del tipo de hipotensión, bradicardia, broncoespasmo, e hipo ventilación, respectivamente. Estos pacientes frecuentemente reciben trombolisis y cateterización cardiaca.

-Compromiso neurológico: Los pacientes con alteraciones del estado mental son ingresados para monitorización y prevención de complicaciones respiratorias. Si la situación neurológica se deteriora pueden precisar protección de vía aérea con intubación endotraqueal.

-Patología gastrointestinal: Los pacientes con hemorragias del tracto GI que presentan compromiso vital deben ingresar para tratar la hipotensión con fluidos, concentrado de hematíes y derivados sanguíneos. Determinadas pruebas diagnósticas deben de ser realizadas en la UCI por el riesgo de complicaciones añadidas como la bronco aspiración.

-Alteración renal y metabólica: Los pacientes ingresan para tratamiento de las complicaciones del fracaso renal entre las que destacan la acidosis, la sobrecarga de volumen y las alteraciones electrolíticas. Frecuentemente, los pacientes desarrollan un fracaso renal agudo secundario a hipotensión y sepsis. Otras crisis metabólicas, como la hipercalcemia no relacionada con el fracaso renal, pueden ser causa de ingreso en UCI.

-Postoperatorio: Diferentes razones conducen a la UCI a un paciente postquirúrgico: cirugía muy agresiva, ventilación mecánica, monitorización, pérdidas hemáticas elevadas, arritmias. No se debe olvidar la cirugía traumatológica, ortopédica y de la quemadura. También puede tener historia previa de EPOC o de enfermedad coronaria. Cada intervención quirúrgica tiene un enfoque peri operatorio específico en el que se debe contemplar la indicación de ingreso en UCI.

TEORIA DEL ENTORNO: FLORENCE NIGHTINGALE

Según información publicada por (Rodriguez, 2010) , los supuestos principales de la filosofía enfermera de Florence Nightingale son:

Enfermería

Florence Nightingale no dio una definición precisa del concepto de enfermería, en su libro Notas de Enfermería se aprecia lo que Nightingale consideraba debía ser la enfermería: “Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”

Persona

En la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como paciente, que en la mayoría de los casos era un sujeto pasivo, las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente y controlaban su entorno para favorecer su recuperación. Nightingale hizo hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente. Tenía la convicción de la necesidad de enfermeras que respeten a las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por falta de ellas.

Salud

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Florence concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Nightingale diferenció estos conceptos de enfermería de aquellos cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para potenciar su recuperación o para que viva dignamente hasta su muerte.

Entorno

Aunque Nightingale nunca utilizó específicamente el término entorno en sus escritos, definió y describió cinco conceptos: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable. Nightingale instruía a las enfermeras para que los pacientes “pudieran respirar un aire tan puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”. Es importante resaltar que Nightingale rechazó la teoría de los

gérmenes, sin embargo el énfasis que puso en una ventilación adecuada demuestra la importancia de este elemento del entorno, tanto en la causa de enfermedades como para la recuperación de los enfermos.

El concepto de iluminación también fue importante para Nightingale, describió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Para conseguir los efectos de la luz solar, enseñaba a sus enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene es otro elemento importante de la teoría del entorno, se refirió a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Nightingale enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, el horario de las comidas y su efecto en el paciente.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

VALIDACIÓN DE UN REGISTRO DE VERIFICACION

Es la respuesta expresada de las enfermeras según su apreciación sobre el registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, en cuanto al contenido y estructura de las actividades que deben realizarse para llevar a cabo un procedimiento seguro, sin efectos adversos para el paciente crítico.

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Es el movimiento de pacientes en situación crítica dentro de la clínica, que puede originarse desde las distintas áreas del mismo y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama.

PACIENTE CRITICO

Es aquel enfermo, cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida.

2.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

(H_1)El registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico tiene validez según opinión de las enfermeras de la UCI –Clínica Internacional –Sede Lima.

(H₀)El registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico no tiene validez según opinión de las enfermeras de la UCI –Clínica Internacional –Sede Lima.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método con enfoque metodológico descriptivo, de corte transversal, ya que nos ha permitido presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Clínica Internacional –Sede Lima cuya dirección legal es Avenida Garcilaso de la Vega 1420– Cercado de Lima, cuenta con un edificio de 7 pisos de atención hospitalaria que inicia desde el sótano donde se encuentra el área de imágenes (ecografías ,rayos X , tomografía , resonancia magnéticas) y laboratorio , en el primero nivel se

encuentra Emergencia , Urgencia y terapia física , del segundo al 4to nivel está el área de hospitalización adultos , pediátricos , neonatología , centro obstétrico ,en el 5to piso se encuentra Sala de Operaciones , la Unidad de Cuidados Intensivos que dispone de 8 camas y la Unidad de Cuidados Intermedios con 2 camas , en el último piso se encuentra los vestidores del personal y la capilla .

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todas las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica Internacional –Sede Lima, siendo un total de 18 profesionales.

3.4. UNIDAD DE ANALISIS

Profesional de Enfermería que labora en la UCI.

3.5. MUESTRA Y MUESTREO

No se extraerá muestra alguna, se trabajará con el total de la población de estudio.

3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1. Criterios de inclusión

-Personal de enfermería que tenga 6 meses mínimo de experiencia en el servicio de UCI

-Personal de enfermería que acepten participar en el estudio.

3.6.2. Criterios de exclusión

-Personal de enfermería que estén de vacaciones y/o licencia por maternidad o enfermedad.

-Personal administrativo de enfermería

-Personal de enfermería que no complete el instrumento

3.7. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y los instrumentos fueron, un registro de verificación y un opinionario, que consta de presentación, instrucciones y datos específicos. (Anexo C, D), ellos fueron sometido a juicio de expertos, siendo procesada la información en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo G) . Luego se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística y para la confiabilidad se aplicó la fórmula de Kuder – Richardson (Anexo H).

3.8. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA INFORMACIÓN

Para la implementación del estudio, se llevó a cabo el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director académico de la Clínica a fin de obtener la autorización y las facilidades para realizar el estudio. Luego se realizaron las coordinaciones con la enfermera jefe del

departamento y del servicio, para establecer el cronograma de recolección de datos.

Una vez recolectada la información, estos fueron procesados en forma manual previa elaboración a la tabla de códigos (Anexo E) asignándose a las opiniones favorables el número uno (1) y a las desfavorables el número cero (0), elaborándose posteriormente la Tabla Matriz (Anexo F), Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectivo considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable, se aplicó la estadística descriptiva validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, se realizó aplicando el Promedio, del mismo modo que para sus dimensiones. (Anexo I)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de haber recolectado y procesado los datos, los resultados fueron presentados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación respectiva. Así tenemos que :

4.1. RESULTADOS

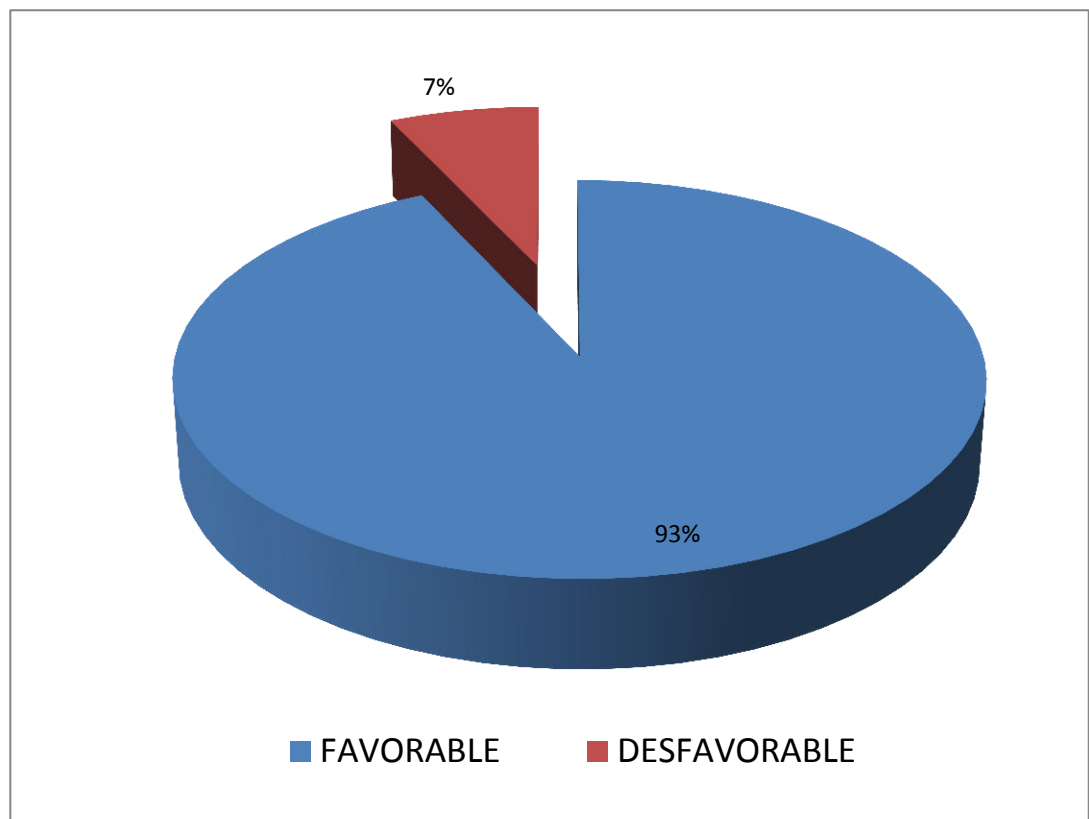
Acerca de la opinión del profesional de enfermería sobre la validación del registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, del 100% (15), 93% (14), tiene una opinión favorable y 7% (1) desfavorable. (Gráfico N° 1).

Los aspectos favorables están dados en que el registro de verificación es un instrumento de fácil manejo, permite preparar adecuadamente al paciente y equipo antes del traslado, monitorizar y registrar eventos adversos presentes e instalar adecuadamente al paciente después de haber realizado el traslado , todo ello en un tiempo adecuado que no retrasa sus actividades programadas , así mismo se considera que está diseñado de manera organizada, secuencial, sencilla, está redactado de

forma legible, sencilla y comprensible ,se adapta a las necesidades del servicio y refleja el aporte de enfermería para realizar un traslado seguro, mientras que los aspectos desfavorables están referidos a que el número de ítems colocados no es el adecuado (Tabla1,2)

GRÁFICO N°1

**VALIDACIÓN DE UN REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO, SEGÚN OPINIÓN
DE LAS ENFERMERAS DE UCI - CLÍNICA
INTERNACIONAL SEDE LIMA -2015**



Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros de la UCI de Clínica Internacional –Sede Lima 2015

TABLA N°1
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CONTENIDO DE UN REGISTRO
DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO
DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA UCI DE CLÍNICA
INTERNACIONALSEDE LIMA- 2015

ITEMS	RESPUESTAS			
	SI	%	NO	%
El Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente critico es de fácil manejo	14	93%	1	7%
Usted cree que aplicando el registro de verificación ,se disminuyen los efectos adversos asociados al traslado intrahospitalario	14	93%	1	7%
El Registro de Verificación permite preparar adecuadamente al paciente antes del traslado	15	100%	0	0%
El Registro de Verificación permite preparar adecuadamente los equipos necesarios para el traslado	15	100%	0	0%
El Registro de Verificación permite monitorizar y registrar los eventos adversos presentes durante el traslado	15	100%	0	0%
El Registro de Verificación permite instalar adecuadamente al paciente después del traslado	15	100%	0	0%
El Registro de Verificación es adecuado. Permite realizar con normalidad las actividades programadas	14	93%	1	7%
El Registro de Verificación es demasiado .Retrasa las actividades programadas	14	93%	1	7%

Fuente: Instrumento aplicado a enfermeras de la UCI de Clínica Internacional –Sede Lima 2015

TABLA N°2
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA ESTRUCTURA DE UN
REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN
LA UCI DE CLÍNICA INTERNACIONAL
SEDE LIMA- 2015

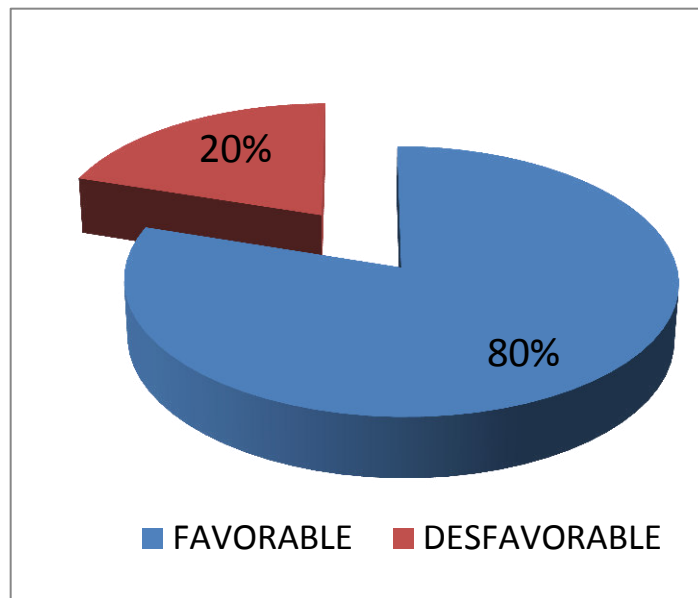
ITEMS	RESPUESTAS			
	SI	%	NO	%
El registro de verificación está diseñado de manera organizada	15	100%	0	0%
El registro de verificación está diseñado de manera secuencial	15	100%	0	0%
El registro de verificación está diseñado de manera sencilla	15	100%	0	0%
El registro de verificación está redactado de manera legible	15	100%	0	0%
El registro de verificación está redactado de manera sencilla	15	100%	0	0%
El registro de verificación está redactado de manera comprensible	15	100%	0	0%
El número de ítems colocados en el Registro de verificación , es adecuado	12	80%	3	20%
Considera que el modelo del Registro de verificación se adapta a las necesidades del servicio	15	100%	0	0%
Considera que el Registro de verificación en su diseño , refleja el aporte de enfermería para favorecer un traslado seguro , que minimiza los efectos adversos en el paciente crítico.	15	100%	0	0%

Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros de la UCI de Clínica Internacional –Sede Lima 2015

En cuanto a la opinión de los enfermeros sobre el contenido del registro de verificación, del 100% (15), 80% (12) tiene una opinión favorable en cuanto que el registro de verificación permite preparar adecuadamente al paciente y equipo antes del traslado, monitorizar y registrar eventos adversos presentes e instalar adecuadamente al paciente después de haber realizado el traslado, y el 20% (3) tienen una opinión desfavorable, referido a que sea de fácil manejo, disminuya los efectos adversos, sea adecuado y permita realizar con normalidad las actividades programadas(Gráfico N°2).

GRÁFICO N°2

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CONTENIDO DE UN REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA UCI DE CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE LIMA- 2015

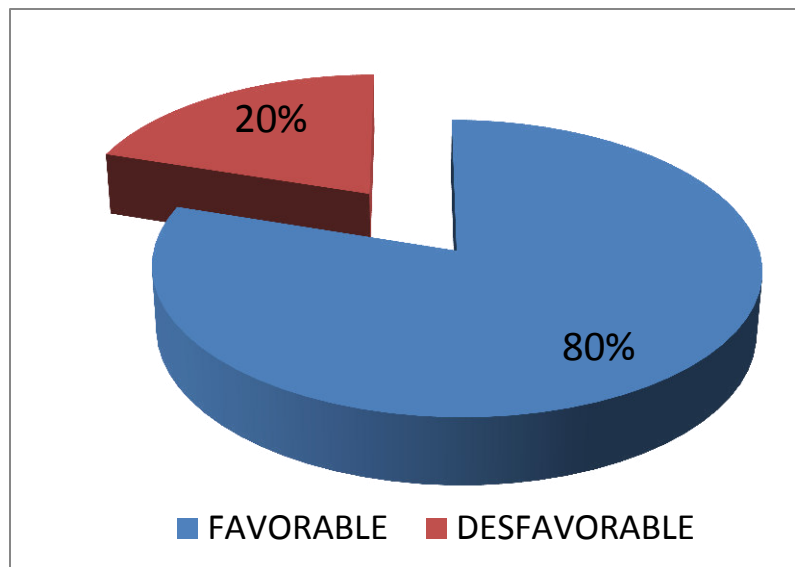


Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros de la UCI de Clínica Internacional –Sede Lima 2015

Respecto a la opinión de los enfermeros sobre la estructura del registro de verificación, del 100% (15), 80% (12) tiene una opinión favorable en cuanto a que está diseñado de manera organizada, secuencial, sencilla, está redactado de forma legible, sencilla y comprensible, se adapta a las necesidades del servicio y refleja el aporte de enfermería para realizar un traslado seguro, y el 20% (3) tienen una opinión desfavorable referido a que el número de ítems colocados no es el adecuado. **(Gráfico 3)**

GRÁFICO N°3

**OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA ESTRUCTURA DE UN
REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN
LA UCI DE CLÍNICA INTERNACIONAL
SEDE LIMA- 2015**



Fuente: Instrumento aplicado a enfermeras de la UCI de Clínica Internacional –Sede Lima 2015

4.2. DISCUSIÓN

El registro de verificación también llamado "de Control" o "de Chequeo", es un impreso conformado de tabla o diagrama, destinado a registrar y compilar datos mediante un método sencillo y sistemático, como la anotación de marcas asociadas a la ocurrencia de determinados sucesos. Esta técnica de recogida de datos se prepara de manera que su uso sea fácil e interfiera lo menos posible con la actividad de quien realiza el registro.

Según Delgado en su revista publicada en el 2010, los listados de verificación constituyen una herramienta que ha demostrado ser efectiva para disminuir el número de efectos adversos asociados a algunos procesos.

Al respecto De Oliveira M. Paula y colaboradores (2010), concluyeron que el Checklist, puede constituir un instrumento capaz de colaborar para que etapas de la preparación y promoción de cirugía sean puestas en práctica, identificándose la presencia o ausencia de las acciones necesarias para promover la seguridad del paciente. Así mismo Valverde Ramos, Gabriela (2010) en su investigación concluye que según la opinión general de las enfermeras el instrumento de Valoración basada en el modelo teórico de Dorothea Orem es favorable, respecto a que se considera que este permite obtener información, orientar durante la recolección de datos, es fácil de aplicar, es objetivo, preciso, claro, integral, significativo, actualizado, ordenado, organizado, específico, confiable y necesario, con terminología sencilla, legible y comprensible; a la vez consideran que tiene secuencia, orden y organización en su diseño; con los suficientes espacios para marcar y llenar; que refleja cada

una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería y que el modelo teórico utilizado se adapta perfectamente a las necesidades y peculiaridades del servicio.

Por lo expuesto se puede concluir que el registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico según la opinión de la mayoría de las enfermeras es favorable (93%), es decir es válido tomando en consideración el contenido y estructura del instrumento, lo cual nos permitirá organizar y hacer seguimiento durante las tres fases del traslado intrahospitalario, disminuyendo así los efectos adversos y promoviendo la seguridad del paciente.

Un instrumento de registro debe asegurar que el contenido realizado simplifique y mejore el trabajo del enfermero para una recogida de datos de forma eficaz, ante ello necesita seguir unas características básicas para asegurar su utilidad como: permitir obtener información necesaria y suficiente sobre el estado de salud del paciente; orientar en la recolección de datos ya que al ser guía ayuda a centrarse en el o los problemas del paciente; ser fácil de aplicar lo cual permite una rapidez en su manejo y ahorro de tiempo; a la vez ser objetivo ya que se elabora en base a lo observado y ejecutado; preciso porque describe hechos y observaciones exactos; claro permitiendo ser comprensible al lector; Integral al ser completo y detallado sobre el paciente; significativo; actualizado; ordenado; organizado; específico porque no utiliza términos vagos; confiable siendo un documento veraz y seguro; con una terminología o lenguaje claro, sencillo y comprensible.

Valverde Ramos, Gabriela (2010) concluye que la opinión de las enfermeras sobre el contenido del Instrumento de Valoración basada en el modelo teórico de Dorothea Orem, es favorable en relación a que el instrumento permite obtener información clara, orienta durante la recolección de datos; es fácil de aplicar; es objetivo, preciso, claro, integral, significativo, actualizado, ordenado, específico, confiable, entre otras.

Del mismo modo García Cruzate, Miriam Mabel (2014) concluye que de la guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia es favorable referido a que permite orientar al paciente con una información clara, contenidos útiles, completos, secuenciales, un lenguaje claro, y una redacción sencilla y comprensible.

Por lo que se puede concluir que la mayoría de los enfermeros tiene una opinión favorable (80%) sobre el contenido del registro de verificación, respecto a que es fácil de aplicar, permite preparar adecuadamente el paciente y los equipos antes de realizar el traslado, monitorizar y registrar eventos adversos e instalar adecuadamente al paciente al término de este, todo ello en un tiempo adecuado que no retrasa sus actividades programadas, es decir es objetivo, preciso, integral, significativo, actualizado, ordenado, específico y confiable.

Una vez que se ha decidido sobre el contenido y el tipo de información que se requiere registrar en un instrumento, se debe determinar la estructura, en el cual se establece las características generales de éste, así como las áreas o secciones específicas que debe tener. Es decir debe existir un orden, secuencia y organización; con espacios suficientes para

registrar la información; lo cual tiene importancia porque un instrumento debe estar estructurado de una forma clara y muy visual con un diseño y maquetación atractiva para el profesional, de modo que los datos cruciales pueden recuperarse fácilmente, con ítems y/o preguntas cerradas que facilitan su rápido cumplimiento debido a la premura y falta de tiempo que caracteriza a la asistencia clínica y a la vez incluya los suficientes campos abiertos para poder añadir otras opciones y/o datos que no hayan sido contempladas en el instrumento

En ese sentido Valverde Ramos, Gabriela (2010), concluye que la opinión de las enfermeras sobre la estructura del Instrumento de Valoración basada en el modelo teórico de Dorothea Orem, en su mayoría tiene una opinión favorable, relacionado a aspectos como la secuencia, orden, organización del instrumento, y el reflejo de la adopción de un modelo teórico de enfermería.

Del mismo modo García Cruzate, Miriam (2014) concluye en su investigación que la opinión de las enfermeras sobre la estructura de la guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia es favorable referido a que está dado por la secuencia, orden, sencillez, motivación y claridad, reflejo de la adopción de un modelo teórico de enfermería.

Se puede concluir que en el estudio la mayoría de los enfermeros tiene una opinión favorable sobre la estructura del registro de verificación respecto a que está diseñado de manera organizada, secuencial, sencilla, está redactado de forma legible, sencilla y comprensible, se adapta a las necesidades del servicio y refleja el aporte de enfermería.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio son:

- La opinión de los enfermeros sobre el registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico es válido, referido a que manifiestan que es de fácil manejo, permite preparar adecuadamente al paciente y equipo antes del traslado , monitorizar y registrar eventos adversos presentes ,así como también instalar adecuadamente al paciente después de haber realizado el traslado , todo ello en un tiempo adecuado, así mismo considera que tiene una adecuada organización, secuencia, sencillez y claridad en su estructura.

- En cuanto a la opinión de los enfermeros sobre el contenido del registro la mayoría tiene una opinión favorable ya que permite verificar que el

paciente y los equipos sean preparados adecuadamente antes de realizar el traslado, monitorizar y registrar eventos adversos e instalar adecuadamente al paciente al término de este, todo ello en un tiempo adecuado que no retrasa sus actividades programadas.

-Acerca de la opinión de los enfermeros sobre la estructura del registro de verificación para el traslado intrahospitalario , la mayoría tiene una opinión favorable respecto a que está diseñado de manera organizada, secuencial, sencilla, está redactado de forma legible, sencilla y comprensible ,se adapta a las necesidades del servicio y refleja el aporte de enfermería para realizar un traslado seguro .

5.2. RECOMENDACIONES

-Que el Departamento de Enfermería promueva en la unidad de Cuidados intensivos la implementación y el uso estandarizado del registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

-Que el Departamento de Enfermería y/o la Oficina de Capacitación de la institución formulen o desarrollen estrategias orientadas a fomentar la actitud investigadora en el personal de Enfermería.

-Promover la elaboración de guías de procedimiento orientadas a mejorar la calidad de atención en el paciente de UCI

-Realizar estudios similares en otros servicios de la institución.

-Realizar estudios similares que se puedan aplicar en otras instituciones de salud (MINSAL, ESSALUD , FFAA)

5.3. LIMITACIONES

Los resultados y las conclusiones del presente estudio sólo es válido para el servicio de UCI de Clínica Internacional Sede Lima y Sede San Borja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Validación.* (2009). Obtenido de Diccionario Enciclopédico:
<http://es.thefreedictionary.com/validaci%C3%B3n>
- Bernal Ruiz, D. C., & Garzon Zea, N. (2008). *Eventos adversos durante la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.* Obtenido de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
- Bernal Ruiz, D. C., & Garzon Zea, N. (2008). *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos.* Obtenido de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
- Camacho Ponce, A. F., Garrido Moya, D., Carcelen Marco, L. V., Gonzales Herraéz, C., Garcia Garcia, A., Garcia Espejo, P., y otros. (2012). *Procolo de transporte intrahospitalario del paciente critico.* Obtenido de <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48573291fc4abb1f33aec2d4ad54511f.pdf>
- Centeno Moranga, E. (2011). *Hoja de verificación.* Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/52493953/hoja-de-verificacion#scribd>
- De Oliveira Pires, M. P., Goncalves Pedreira, M. d., & Sorgini Peterlini, M. A. (2010). *Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklist de intervenciones preoperatorias.* Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf
- Delgado, C. M. (2010). *Revista electronica de Medicina intensiva.* Obtenido de Recomendaciones para el traslado intrahospitalarios de enfermos criticos: <http://remi.uninet.edu/2010/07/REMIA121i.html>
- Garcia Cruzate, M. M. (2014). *sobre "Validación de una Guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia según la opinión de enfermeros en el Servicio de Especialidades Médicas y Quimioterapia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren"*.

- Garcia de Lorenzo y Mateos, A. (2010). *Introduccion a la medicina critica y a la UCI para el estudiante de medicina*. Obtenido de http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/09/introduccion_medicina_critica-estudiante_medicina.pdf
- Indeck M, P. S. (1987). *Cost and benefit of transporting patients from the ICU for special studies*. Obtenido de <http://tratado.uninet.edu/c1201b.html#32>
- Listas de verificacion y escalas de calificacion*. (s.f.). Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/16.pdf
- Paula, D. O., & Angélica, G. P. (2010). *Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklist*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf
- Ramos Gomez, L., & Benito Vales, S. (2012). *Fundamentos de la ventilacion mecanica*. Obtenido de Transporte del paciente con ventilacion mecanica: <http://www.fundamentosventilacionmecanica.com/C14.html#V1>
- Reséndiz Rodriguez , A., & Reyes Lagunes, I. (2012). *Validación de una lista de chequeo de estresores con intensidad para medicos residentes*. Obtenido de http://www.aidep.org/03_ridep/R33/r33art6.pdf
- Rodriguez, S. (2010). *Teorias y modelos en enfermeria*. Obtenido de <http://teorias-modelos.blogspot.pe/>
- Smith Y, F. S. (1990). *Mishaps during transport from the intensive care unit*. Obtenido de <http://tratado.uninet.edu/c1201b.html#32>
- Valverde Ramos, G. L. (2010). *Validacion de un instrumento de valoracion basada en el modelo teorico de Dothea Orem para el cuidado al paciente hospitalizado en el servicio de Medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion*.
- Waddell. (1975). *Movement of critically ill patients within hospital*. Obtenido de <http://tratado.uninet.edu/c120102.html>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A.	Operacionalización de Variables.	I
B.	Matriz de consistencia	III
C.	Instrumento Registro de verificación para el trasporte intrahospitalario del paciente critico	V
D.	Instrumento Opinionario	VI
E.	Libro de Códigos	VIII
F.	Tabla Matriz	IX
G.	Tabla Binomial	XI
H.	Determinación de Confiabilidad del instrumento	XII
I.	Medición de la Variable	XIII
J.	Consentimiento Informado	XV

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico	Comprobación de un conjunto de datos para determinar si su valor se halla dentro de unos límites de fiabilidad.	Respuesta expresada de las enfermeras según su apreciación sobre el registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, en cuanto al contenido y estructura de este. Cuya escala de evaluación es una opinión favorable o desfavorable	CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación correcta del paciente -Preparación correcta del paciente -Preparación correcta del equipo de transporte -Aplicación del consentimiento informado (si lo requiere) -Preparación adecuada para el procedimiento indicado (si lo requiere) -Verificación de historia clínica -Coordinación con el servicio receptor del paciente -Verificación del pasillo y ascensor libre -Vigilancia de las constantes vitales del paciente -Equipo de salud completo (intensivista, enfermera, técnica. -Vigilancia de los dispositivos invasivos del paciente -Administración de medicación -Verificación de evento crítico probable -Instalación del paciente en su unidad -Brindar comodidad y confort -Retirar balones de oxígeno y avisar para el llenado -Cargar ventilador portátil para mantener operatividad 	<p>NOMINAL</p> <p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>

				<ul style="list-style-type: none">-Conexión de equipos para continuidad de infusiones y/o tratamiento-Enchufar conexiones de cama y equipos	
			ESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none">-Orden-Organización-Secuencia-Cantidad de preguntas adecuadas-Legible-Sencillo-Comprensible	

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>¿Cuál es la validez 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?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>-Determinar la validez de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de las enfermeras de UCI.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>-Identificar la opinión de las enfermeras sobre el contenido del Instrumento registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.</p> <p>-Identificar la opinión de las enfermeras sobre la estructura del Instrumento de registro de verificación para el traslado</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>(H1)El registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente critico tiene validez según opinión de las enfermería de la UCI –Clínica Internacional.</p> <p>(H0) El registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente critico no tiene validez según opinión de las enfermeras de la UCI –Clínica Internacional – Sede Lima.</p>	<p>Validación de un Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente critico</p>	<p>CONTENIDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación correcta del paciente -Preparación correcta del paciente -Preparación correcta del equipo de transporte -Aplicación del consentimiento informado -Preparación adecuada para el procedimiento indicado -Verificación de historia clínica -Coordinación con el servicio receptor del paciente -Verificación del pasillo y ascensor libre -Vigilancia de las constantes vitales del paciente -Equipo de salud completo (intensivista, enfermera, técnica) -Vigilancia de los dispositivos invasivos del paciente. -Administración de medicación -Verificación de evento critico probable -Instalación del paciente en su unidad -Brindar comodidad y confort -Retirar balones de

	intrahospitalario del paciente crítico.			ESTRUCTURA	<p>oxígeno y avisar para el llenado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cargar ventilador portátil para mantener operatividad -Conexión de equipos para continuidad de infusiones y/o tratamiento -Enchufar conexiones de cama y equipos <ul style="list-style-type: none"> -Orden -Organización -Secuencia -Cantidad de preguntas adecuadas -Legible -Sencillo -Comprensible
--	--	--	--	------------	---

ANEXO C

REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO

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

ANEXO D

INSTRUMENTO -OPINIONARIO

I.- PRESENTACIÓN:

Reciba Ud. un cordial saludo. Mi nombre es Cynthia Ayala Mendoza, estudiante de post –grado del Programa de Segunda Especialización en Cuidados Intensivos, me encuentro realizando un estudio cuyo título es: “Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de las enfermeras de UCI”, para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándoles que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su gentil participación.

II.- INSTRUCCIONES:

Luego de haber aplicado el Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Lea cuidadosamente y marque con un aspa (X) todos los ítems de cada pregunta y rellene los espacios en blanco, según crea conveniente.

III.- DATOS ESPECIFICOS:

CONTENIDO:		
1.- El Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico es de FACIL MANEJO, Si la respuesta es NO especifique ¿Porque?.....	SI	NO
2.-Usted cree que aplicando el registro de verificación ,se disminuyen los efectos adversos asociados al traslado intrahospitalario	SI	NO
3.-El registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico permite :		
a.) Preparar adecuadamente al paciente antes del traslado	SI	NO
b.) Preparar adecuadamente los equipos necesarios para el traslado	SI	NO
c.) Monitorizar y registrar los eventos adversos presentes durante el traslado	SI	NO
d.) Instalar adecuadamente al paciente después del traslado	SI	NO

4.- El tiempo que se emplea para llenar el Registro de verificación es :		
a.) Adecuado .Realiza con normalidad las actividades programadas	SI	NO
b.) Demasiado .Retrasa las actividades programadas	SI	NO
ESTRUCTURA:		
5.-El registro de verificación está diseñado de manera:		
a.) Organizada	SI	NO
b.) Secuencial	SI	NO
c.) Sencilla	SI	NO
6.-El registro de verificación está redactado de manera:		
a.) Legible	SI	NO
b.) Sencilla	SI	NO
c.) Comprensible	SI	NO
7.-El número de ítems colocados en el Registro de verificación ,es adecuado	SI	NO
8.- Considera que el modelo del Registro de verificación se adapta a las necesidades del servicio	SI	NO
9.- Considera que el Registro de verificación en su diseño , refleja el aporte de enfermería para favorecer un traslado seguro , que minimiza los efectos adversos en el paciente crítico.	SI	NO
10.- ¿Qué sugerencias formularia usted para mejorar el Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente critico?		
.....		
.....		

ANEXO E
LIBRO DE CÓDIGOS

1 = Favorable

0 = Desfavorable

- Opinión en relación al Contenido del instrumento Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico: 1 - 8 p.

- Opinión en relación a la Estructura del Instrumento Registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico: 9 - 17 p.

DIMENSION	ALTERNATIVAS	RESPUESTAS			
		SI	NO		
CONTENIDO	A	1	0		
	B	2	0		
	C	3	1	0	
		4	1	0	
		5	1	0	
		6	1	0	
	D	7	1	0	
		8	0	1	
	ESTRUCTURA	E	9	1	0
			10	1	0
11			1	0	
F		12	1	0	
		13	1	0	
		14	1	0	
G		15	1	0	
H		16	1	0	
I		17	1	0	

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE DATOS

DATOS ESPECIFICOS																		TOTAL
N°	CONTENIDO								ESTRUCTURA									
	A	B	C				D		E			F			G	H	I	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16

TABLA MATRIZ POR DIMENSIONES

N°	CONTENIDO								TOTAL	ESTRUCTURA									TOTAL
	A	B	C				D			E			F			G	H	I	
	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
2	1	0	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
5	1	1	1	1	1	1	0	0	6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8
7	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
13	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8

ANEXO G

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se presenta una tabla matriz, de las repuestas de los jueces expertos, para determinar la validez del instrumento.

ITEMS	JUECES							p
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	0	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	0	1	1	1	1	1	0.055
4	1	0	1	1	1	1	1	0.055
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	0	1	1	1	1	1	0.055

Se ha considerado:

0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

Los valores de p binomial son representados a través de su media aritmética, siendo el resultado de : 0.028

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo.

Conclusión: como este valor es menor al valor de $p = 0.05$, el instrumento se considera válido

ANEXO H
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

Se empleó el *Coefficiente Kuder – Richardson (KR-20)*, cuya expresión es:

$$r = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i (1-p_i)}{S^2} \right]$$

Dónde:

r : es el coeficiente Kuder – Richardson

K : es el número de ítems del cuestionario

p : es la proporción de personas que contestaron bien el ítem

S²: es la Varianza del total

p(1-p): Varianza del ítem

Reemplazando los datos:

$$\sum p(1-p) = 3.53 \quad S^2 = 20.3 \quad k = 17 \quad r = 0.88$$

El instrumento es confiable con un valor de Kuder – Richardson de 0.88

ANEXO I

MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

VALIDACIÓN DE UN REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

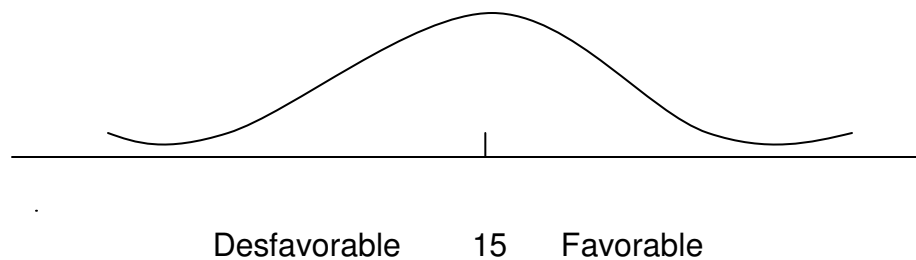
1. Se determinó el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = 15$$

Puntaje:

Opinión Favorable: 16-17

Opinión Desfavorable: 0 – 15



▪ **DIMENSIÓN CONTENIDO**

1. Se determinó el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = 7$$

Puntaje:

Opinión Favorable: 8

Opinión Desfavorable: 0 – 7

▪ **DIMENSIÓN ESTRUCTURA**

1. Se determinó el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = 8$$

Puntaje:

Opinión Favorable: 9

Opinión Desfavorable: 0 – 8

ANEXO J

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....DNI.....
.....

C.E.P.....Servicio..... a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión del profesional de enfermería de la UCI de la clínica Internacional –Sede Lima”

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Fecha:

.....

Firma del participante

