

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico



**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RIESGO Y EVENTOS ADVERSOS PRESENTES
EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO DE CENTRO
QUIRÚRGICO HOSPITAL III YANAHUARA AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por la
Licenciada:

**Rodríguez Miranda, Sandra
Eliana**

Para optar el Título de
Segunda Especialidad en:

Centro Quirúrgico

Asesora:

Mgtr. Pinto Chirinos, Carmen

Arequipa - Perú

2022

DICTAMEN APROBATORIO

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A: **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

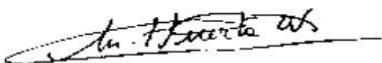
De: Mgter. Marcia Huerta Wilson
Mgter. Carla Cuya Zevallos
Lic. Luisa Begazo
Miembros de Jurado Dictaminador

Tesis: **RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RIESGO y EVENTOS
ADVERSOS PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE
POSTOPERADO INMEDIATO DE CENTRO QUIRÚRGICO
HOSPITAL III YANAHUARA AREQUIPA 2019**

Autor: Lic. Rodriguez Miranda Sandra
Fecha: **3 de marzo del 2022**

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador y subsanadas las observaciones, se decide dar el pase a sustentación

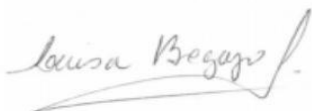
Atte.



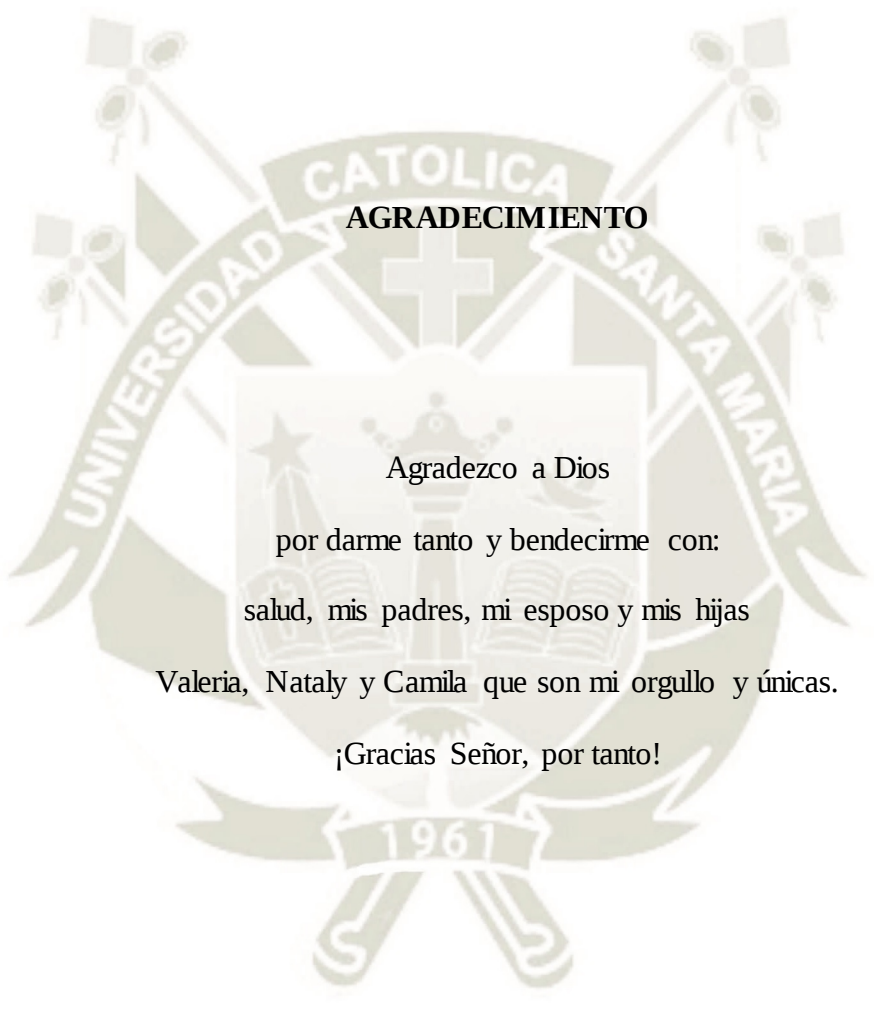
Mgter. Marcia Huerta Wilson
Jurado Dictaminador



Mgter. Carla Cuya Zevallos
Jurado Dictaminador

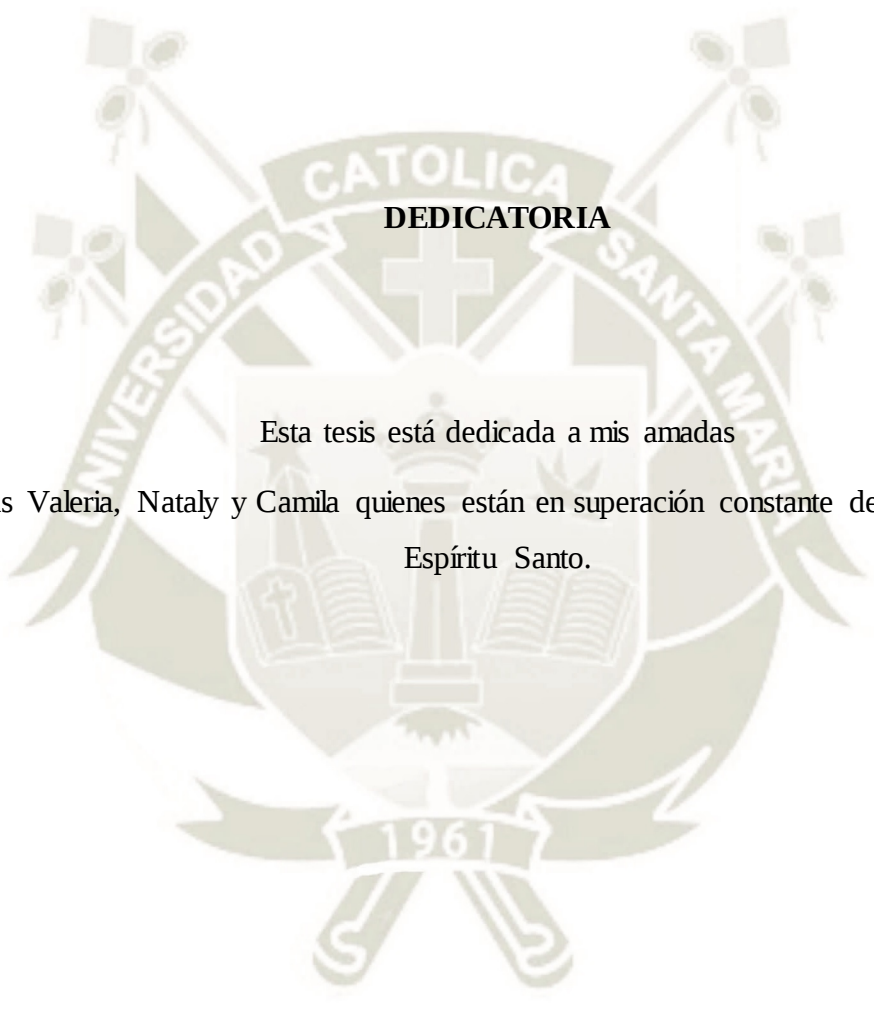


Lic. Luisa Begazo
Jurado Dictaminador



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios
por darme tanto y bendecirme con:
salud, mis padres, mi esposo y mis hijas
Valeria, Nataly y Camila que son mi orgullo y únicas.
¡Gracias Señor, por tanto!



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis amadas
hijas Valeria, Nataly y Camila quienes están en superación constante de la mano del
Espíritu Santo.

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RIESGO y EVENTOS ADVERSOS PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL III YANAHUARA AREQUIPA 2019.

Licenciada Rodríguez Miranda Sandra Eliana.

La presente investigación tuvo como **objetivo**: Determinar la relación entre el nivel de riesgo con los eventos adversos en el traslado del paciente post operado inmediato del Hospital III de Yanahuara, Arequipa 2019. **Metodología**: Estudio de campo, con diseño relacional y transversal, se empleó como técnica la observación directa a 79 pacientes post operados inmediatos, instrumentos: Escala de clasificación de riesgo para el traslado del paciente y guía de observación de eventos adversos frecuentes en el traslado del paciente crítico. **Resultados** Nivel de riesgo: en más de tres cuartas partes de bajo riesgo, cerca de una quinta parte riesgo intermedio y menos de la décima parte alto riesgo. El evento adverso prevenible más destacado fue en más de la mitad la falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente. No prevenibles y centinelas presentes fueron falla hemodinámica del paciente. **Conclusión**: La relación entre el nivel de riesgo del traslado con los eventos adversos prevenibles y centinelas no presentan relación estadística significativa, pero con el evento adverso no prevenible: cambio del estado de la piel en el traslado del paciente presentó relación estadística significativa.

Palabras clave: Nivel de riesgo - Eventos adversos – Traslado de paciente.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN LEVEL OF RISK AND ADVERSE EVENTS PRESENT IN THE TRANSFER OF THE IMMEDIATE POST OPERATED PATIENT FROM HOSPITAL III SURGICAL CENTER YANAHUARA AREQUIPA 2019.

Bachelor's degree in nursing Rodríguez Miranda Sandra Eliana.

The present investigation had as its **objective**: Determine the relationship between the level of risk with adverse events in the transfer of the immediate post-operative patient from Hospital III of Yanahuara, Arequipa 2019. **Methodology**: Field study, with a relational and cross-sectional design, was used as a technique, direct observation of 79 immediate post-operative patients, instruments: Risk classification scale for patient transfer and observation guide for frequent adverse events in the transfer of critically ill patients. **Results** Level of risk: in more than three quarters low risk, about one fifth intermediate risk and less than one tenth high risk. The most prominent preventable adverse event was in more than half the lack of SOP-receiving service coordination, as it was busy when the patient arrived. Not preventable and sentinels present were hemodynamic failure of the patient. **Conclusion**: The relationship between the level of risk of the transfer with preventable adverse events and sentinels does not present a statistically significant relationship, but with the non-preventable adverse event: change in the state of the skin in the transfer of the patient, it presented a statistically significant relationship.

Keywords: Risk level - Adverse events - Patient transfer.

INTRODUCCIÓN

El nivel de riesgo que corre el paciente en centro quirúrgico es mayor que en cualquier servicio hospitalario, dado a los innumerables eventos adversos de alto riesgo a los que se somete en una situación especial cual es el encontrarse bajo los efectos de anestesia, inconsciencia que no le permite percibir dónde ni cómo se encuentra, ambiente de especial dependencia donde las complicaciones involuntarias son causadas con mayor probabilidad por la atención de su salud, en vista de la presencia de una enfermedad subyacente y otros factores de riesgo presentes que pueden conducir a su muerte posterior a la intervención quirúrgica, el siguiente riesgo es el de su traslado en camilla hacia un ambiente de estancia temporal como la sala de recuperación de la anestesia, el evento del traslado se considera como una epidemia silenciosa ya que tiene una morbi mortalidad elevada.

Por todo ello es labor de la enfermera quien recibe al paciente en centro quirúrgico, informarle sobre la o las situaciones a las que se someterá, y a su vez deberá brindarle seguridad y confianza, todo ello en pocos minutos ya que es en el momento de la admisión previa a la intervención quirúrgica.

El transporte del paciente tiene una larga data y es así como se remonta al Siglo I a.C. donde los romanos ya contaban con un sistema especial para el transporte de soldados heridos caídos en batalla, posteriormente en el Siglo XI concretamente en las cruzadas los Caballeros de San Juan prestaban gran ayuda al transportar a los heridos y ponerlos a buen recaudo. Las primeras ambulancias y hospitales de campaña fueron creadas por la Reyna Isabel La Católica a mediados del siglo XV, en 1792 Larrey cirujano de Napoleón, fue el primero en crear la ambulancia para asistir y transportar a los heridos del mismo campo de batalla, es a mediados del siglo XIX cuando nace la Cruz Roja y en 1870 en la Batalla Franco Prusiana se da el primer transporte aéreo, ya en la Primera Guerra Mundial se crean las primeras ambulancias aéreas, y así, hasta hoy en día donde, en todo el mundo se transportan pacientes en sistemas muy seguros tanto por tierra como por aire (1).

El traslado del paciente involucra directamente a los profesionales de enfermería ya que especialmente son los encargados y responsables de ejecutar esta práctica, haciéndola además de manera fiable y segura y la comunidad lo reconoce, por lo que eventos adversos como el sucedido en el Hospital Sabogal en la Ciudad de Lima, cuando una paciente cae de la camilla de la cual es transportada, con posterior desenlace fatal, hechos como este causan reacciones de desconcierto en la población ya que son situaciones en muchos casos prevenibles (2).

En la Ciudad española de Valencia sucedió un hecho similar pero ya se judicializó y el Hospital Nueve de Octubre de Valencia cumple condena por abandonar a un paciente con lesiones que sufrió como consecuencia de una caída desde la camilla en la que se despertaba tras una operación quirúrgica, estos y otros eventos adversos fueron de motivación para que la autora los considere como problema de investigación y factible de ejecutar en el ámbito de centro quirúrgico del Hospital III Yanahuara.

Las alteraciones fisiológicas del paciente, más frecuentes al salir de centro quirúrgico son: hipotensión arterial, arritmias cardiacas, hipo ventilación y disminución de la saturación arterial de oxígeno, casi todos observados en pacientes que recibían ventilación mecánica. En algunos casos se produjo extubación accidental y parada cardiorrespiratoria. Otras alteraciones encontradas con menor incidencia son hipotermia, dolor, hemorragia y bronco aspiración. Se deben considerar también sucesos como desconexión del ventilador o bolsa auto inflable, interrupción de la monitorización electro cardiográfica, pérdida del acceso venoso o desconexión del equipo de venoclisis y discontinuidad de la administración de medicamentos (3).

El Centro Quirúrgico del Hospital III Yanahuara ámbito de la presente investigación, posee 6 salas de operaciones, 5 asignadas para pacientes programados y una de emergencia, en el turno de 6 horas de mañana se programan 18 operaciones y de tarde también 18, haciendo un total de 36 operaciones diarias, y 6 operaciones por noche, totalizando de 30 a 40 operaciones en 24 horas.

En turno de mañana se transportan un promedio de 14 pacientes post operados a sala de recuperación, quedando los últimos 4 pacientes de la programación de la mañana para el turno de tarde, para el turno de noche se tienen que transportar a 8 pacientes que quedan del turno de tarde hasta las 10 u 11 de la noche, más las operaciones de emergencia se transportan un promedio de 14 pacientes a sala de hospitalización.

Por todos los eventos antes descritos, se cree importante ejecutar la presente investigación a fin de verificar el nivel de riesgo y los eventos adversos a los que se somete el paciente que es transportado de centro quirúrgico a sala de recuperación que a pesar de ser un espacio aparentemente corto es de alto riesgo, donde las consecuencias por un acto imprevisto pueden cobrar la vida del paciente.

La metodología investigativa empleada es la observación directa para medir el nivel de riesgo y una guía de verificación de eventos adversos, todo ello en un trabajo descriptivo,

relacional y transversal con lo que se pretende aportar en la solución a diversos problemas y así mismo obtener el Título de Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico.



ÍNDICE

DICTAMEN APROBADO

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Enunciado del Problema	2
1.2. Descripción del Problema	2
1.2.1. Ubicación del problema.....	2
1.2.2. Análisis de variables	2
1.2.3. Interrogantes de Investigación:.....	5
1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación.....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Riesgo	7
2.1.1. Riesgo en salud.....	8
2.1.2. Nivel de riesgo en transporte hospitalario	8
2.1.3. Clasificación y tipos de transporte	9
2.1.4. Riesgos en el traslado del paciente.....	11
2.1.5. Transporte del paciente crítico	13
2.1.6. Fases del transporte intrahospitalario.....	14
2.1.7. Alteraciones fisiológicas del paciente asociadas al transporte.....	15
2.1.8. Factores de riesgo en el traslado de pacientes	18

2.1.9.	Traslado de paciente post operado	21
2.1.10.	Equipo electromédico de centro quirúrgico	22
2.2.	Eventos adversos en el traslado del paciente	25
2.2.1.	Clasificación de los eventos adversos:	25
2.2.2.	Eventos adversos relacionados con la atención de Enfermería	28
2.2.3.	Causas de los errores asociados con el cuidado de enfermería	29
2.2.4.	Seguridad del Paciente	30
2.2.5.	Cuidado de Enfermería al Paciente Crítico. Teoría de Patricia Benner.	31
3.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	33
3.1.	Locales:	33
3.2.	Nacionales:	34
3.3.	Internacionales	34
4.	OBJETIVOS	35
5.	HIPÓTESIS	35
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		36
1.	TÉCNICA E INSTRUMENTO	37
1.1.	Técnica	37
1.2.	Instrumentos:	37
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	38
2.1.	Ubicación espacial:	38
2.2.	Ubicación Temporal:	38
2.3.	Unidades de Estudio:	38
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.1.	Organización	39
3.2.	Recursos	39
3.2.1.	Humanos	39

3.2.2. Materiales	39
3.2.3. Económicos.....	40
3.3. Criterios para el manejo de resultados	40
CAPÍTULO III RESULTADOS	41
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	75
ANEXO 1 ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE DE CENTRO QUIRÚRGICO A SALA DE RECUPERACIÓN.....	76
ANEXO 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO DE PACIENTE DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA AREQUIPA 2019.....	78
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	80
ANEXO 4 MATRIZ DE DATOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1 EDAD DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO HOSPITAL ESSALUD III DE YANAHUARA.....	42
TABLA N° 2 GÉNERO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO	43
TABLA N° 3 TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	44
TABLA N° 4 PESO Y TALLA DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO	45
TABLA N° 5 PRESENCIA DE MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	47
TABLA N° 6 NIVEL DE RIESGO PRESENTE EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	49
TABLA N°. 7 EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	51
TABLA N°. 8 EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	54
TABLA N°. 9 EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	56
TABLA N°. 10 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	58
TABLA N°. 11 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	61
TABLA N°. 12 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1 PESO Y TALLA DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.	46
GRÁFICO N° 2 PRESENCIA DE MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	48
GRÁFICO N° 3 NIVEL DE RIESGO PRESENTE EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	50
GRÁFICO N° 4 EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO...	53
GRÁFICO N° 5 EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO...	55
GRÁFICO N° 6 EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO...	57
GRÁFICO N° 7 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	60
GRÁFICO N° 8 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	63
GRÁFICO N° 9 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO.....	65

ÍNDICE DE IMÁGENES

Pág.

IMAGEN N° 1: MODELO DEL QUESO SUIZO DE JAMES REASON..... 27





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema:

Relación entre nivel de riesgo y eventos adversos presentes en el traslado del paciente post operado inmediato de Centro Quirúrgico Hospital III Yanahuara Arequipa 2019

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del problema

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Enfermería

Línea: Traslado del paciente

1.2.2. Análisis de variables

El problema tiene dos variables:

- **Variable independiente:** Nivel de riesgo
- **Variable dependiente:** Eventos adversos en el traslado

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
	Datos generales:	
	Edad	18 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a más
	Género	Masculino Femenino
	Peso	En Kilogramos
	Talla	En centímetros

Variable independiente: Nivel de riesgo	Duración del traslado Presencia de movimientos bruscos	Tiempo Sí No
	Escala de clasificación de riesgo para el traslado intrahospitalario del paciente grave	- Vía aérea - Soporte ventilatorio - Monitorización electrocardiográfica - Arritmias - Glasgow - Soporte farmacológico - Hemodinámico - Vía venosa - Respiración
		Medición Total: - 0 - 5 Transporte de bajo riesgo - 6 - 9 Transporte de riesgo intermedio. - ≥ 10 Transporte de alto riesgo
		Presencia o no presencia de: Desconexión accidental de sonda Vesical.

Variable Dependiente Eventos adversos en el traslado	Prevenibles	Extracción accidental de SNG; Vía EV. - Extubación accidental - Salida del contenido de drenajes. - No llevar drogas que se requieren. - De Caídas
	No prevenibles	- Alteraciones fisiológicas: Hipo o hipertensiones e hipoxemias desaturación. - Secreciones. - Falla hemodinámica del paciente. - Consecuencias de paciente poco sedado. - Fuga en el sistema de oxigenoterapia. - Cambio en el estado de la piel.
	Centinelas	- Caídas. - Extubación accidental. - Falla hemodinámica del paciente. - Parada Cardiorrespiratoria o arritmias con riesgo vital elevado.

1.2.3. Interrogantes de Investigación:

- ¿Cuál es el nivel de riesgo presente en el traslado del paciente post operado inmediato en el Hospital III de Yanahuara en Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son los eventos adversos presentes en el traslado del paciente post operado inmediato del Hospital III Yanahuara en Arequipa 2019?
- ¿Existe relación entre el nivel de riesgo con los eventos adversos en el traslado del paciente post operado inmediato?

1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo: De campo.

Nivel: Relacional, de corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El centro quirúrgico es uno de los ambientes hospitalarios catalogados como de alto riesgo, muy susceptible a errores. Los protocolos de trabajo, en este lugar, se constituyen en prácticas complejas, interdisciplinarias, con gran dependencia en el desempeño individual y del equipo en condiciones dominadas por la presión y el estrés. La complejidad de diversos actos quirúrgicos son causa de gran proporción de las muertes y daños (temporales o permanentes) originados por la práctica asistencial y que en gran medida podrían ser evitables (4).

Se cree **necesario** y se justifica realizar el estudio científico Titulado: Relación Entre Nivel De Riesgo y Eventos Adversos Presentes en el Traslado del Paciente Post operado Inmediato de Centro Quirúrgico Hospital III Yanahuara Arequipa 2019, porque dicho hospital posee 6 salas de operaciones, que en 24 horas diarias hacen un total de 42 intervenciones quirúrgicas, en el turno de mañana se transportan un promedio de 14 pacientes post operados, quedando los últimos 4 pacientes de la programación de la mañana para el turno de tarde, para el turno de noche se tienen que transportar a 8 pacientes que quedan del turno de tarde hasta las 10 u 11 de la noche, más las operaciones de emergencia se transportan un promedio de 14 pacientes de centro quirúrgico a sala de recuperación, demostrando alto flujo de transporte de pacientes quienes pudieran encontrarse en riesgo de sufrir algún evento adverso por lo que es **propósito** de la autora dar a conocer los resultados del presente

para motivar al equipo de enfermería a contribuir en la mejora y calidad de cuidado brindado en este importante ámbito investigativo.

Considerando lo anteriormente referido, **la importancia** de la investigación radica en precisar el nivel de riesgo al que se somete el paciente post operado al ser transportado a sala de recuperación inmediatamente y del mismo modo identificar los efectos adversos presentes y es **original** porque en la localidad no se han encontrado investigaciones similares.

Posee una **relevancia científica** ya que se busca dar un aporte para ampliar el conocimiento científico sobre el traslado del paciente en estado crítico e igualmente se considera de **aporte social** porque el estudio busca contribuir al bienestar integral de la persona del paciente específicamente en el Hospital III de Yanahuara.

Es un tema de **actualidad**, puesto que es de pleno conocimiento de la comunidad y tema de conversación de personas y/o familiares en los diversos ambientes clínicos y también son difundidos por los medios como accidentes que padecen las personas que son transportadas tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él y que constituyen situaciones que pueden prevenirse en los centros hospitalarios.

Reportes de América Latina indican que en Brasil las caídas constituyen un evento de alta incidencia en el ambiente hospitalario, con porcentajes entre 1.1% y 22%, según la patología que presenta el paciente, situación que agrava el estado del paciente prolongando su estadía y con alto riesgo de complicación del diagnóstico de ingreso (5).

La incidencia global de los diversos efectos adversos menores como los cambios en las constantes vitales, alcanza el 68%, mientras que la de los efectos adversos mayores que comprende a los que ponen en riesgo la vida del paciente son un porcentaje menor del 4,2 - 8,9%. Diversos estudios revelan que los paros cardiorrespiratorios oscilan desde el 0,34 al 1,6%. En este mismo contexto el 22% de los efectos adversos en total tienen que ver con los diversos equipos de monitorización y urgencias que se manejan incluyendo adaptadores de sondas a bolsas de reservorio que porta el paciente y otros problemas relacionados con el tanque de oxígeno y/o mala posición del tubo endotraqueal, también con el número de bombas de infusión y la aparición de efectos adversos en el traslado ocasionados por fallas del equipo humano principalmente por inexperiencia o falta de

coordinación y comunicación inadecuada o ausente. Según Benites Laurente Tania en su tesis para optar la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos 2018, informa que, en Latinoamérica, en el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos, efectuado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), tuvo como resultado que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%. El mismo estudio revela que en Perú se tiene una prevalencia de 11.6% de eventos adversos, dentro de los cuales destacan los que se presentan en servicios de especialidades quirúrgicas con el 9,6% de prevalencia. Por estos informes, es de suma importancia que la presente investigación se ejecute, lo que brindará un **avance científico** sobre el problema en la Ciudad de Arequipa (6).

Del mismo modo es **viable**, ya que la investigadora presta servicios en la institución y posee una **motivación** personal al brindar los resultados como aporte a fin de que con ellos se pueda elaborar un protocolo de atención específico posteriormente o sirvan de fundamento para efectuar reajustes en dichos procedimientos y en este sentido existe el deseo de obtener la Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico. Es **factible** puesto que se cuenta con el tiempo adecuado y aporte económico propio de la investigadora para que el proyecto de investigación se ejecute sin contratiempos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. RIESGO

El término Riesgo históricamente se remonta al 3,200 A.C., en el Valle del Tigris y el Éufrates, donde un grupo de personas llamado Asipu aconsejaban a las personas que estaban tomando decisiones difíciles o inciertas, de allí en adelante este concepto permanentemente ha sido modificado según las circunstancias, hasta que en la edad media se refería al temor de Dios, y se le atribuía como origen al pecado siendo éste el fundamento del mal como equivalente del riesgo. Briones en el 2005 refiere que el concepto de riesgo se desarrolla en el siglo XVII, con la idea de prudencia y seguridad con la posibilidad del hombre para elegir su destino, con las probabilidades de esperanza de vida, marcando el comienzo del uso de métodos estadísticos de medición de riesgos principalmente en los contextos de economía y salud. De este modo en el siglo XX a partir del capitalismo, el concepto de riesgo cobra importancia por los accidentes ocasionados por la máquina, y la operatividad de la bolsa de valores con ideas de pérdidas y ganancias. Hasta que en la actualidad la Organización Mundial de Salud OMS lo considera presente en la conservación de la salud, y el ser

–Según tipo de transporte humano sobre la tierra y es así como el concepto de riesgo se resume como la anticipación de un desastre (7).

2.1.1. RIESGO EN SALUD

Definición

La Organización Panamericana de la Salud, (OMS) refiere que riesgo en salud es un proceso interactivo que se inicia con la detección de un evento, pudiendo ser la presencia de una enfermedad o accidente y que continúa hasta el control del evento como tal, igualmente se refiere a la exposición de un individuo a que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (8).

2.1.2. NIVEL DE RIESGO EN TRANSPORTE HOSPITALARIO

El transporte hospitalario o intrahospitalario de pacientes podría definirse como el movimiento de pacientes en condiciones críticas dentro de la misma institución, pudiendo tener diversos objetivos como son la obtención de pruebas de apoyo o confirmación del diagnóstico o como una intervención quirúrgica y/o terapéuticas que no pueden ejecutarse en la misma cama, o el traslado del paciente post operado inmediato cual es el tema para investigar en la presente (9).

Todo movimiento de pacientes en situación de inconsciencia o crítico como es el post operatorio inmediato puede producir riesgos directos como el dolor, disconfort, complicación en su problema de salud y el propio estímulo del movimiento puede afectar directamente de forma negativa a las condiciones del paciente, mientras que la rapidez del movimiento y su limitación pueden mantener su estabilidad general, por lo que este tipo de traslado no debe durar más de 5 minutos (9).

El traslado de paciente requiere de una planificación previa por parte de la enfermera dado que no todos los pacientes se encuentran las mismas condiciones y está expuesto a diversos imprevistos los que pueden presentarse en cualquier fase del transporte, como (9):

- Estabilización del paciente.
- Acodamiento u obstrucción de los tubos del respirador.

- Alguna falla en el equipo de monitorización o en algún dispositivo empleado.
- Insuficiente energía de las baterías del monitor, respirador o bombas de infusión.
- Balón de oxígeno con cantidad en reserva o insuficiente.
- Desconexión accidental de catéteres, drenajes, vías centrales, del tubo orotraqueal, sondas vesicales, etc.
- Esperas insulsas en el pasillo, por obstáculos imprevistos.
- Agotamiento de perfusiones de aminos drogodependientes (9).

Considerando todos los riesgos a los que se somete el paciente en un traslado intrahospitalario como es el de centro quirúrgico, Caparachin Gonzales, y Henostroza Inga en su investigación: Eventos adversos durante el traslado del paciente post operado inmediato en sala de operaciones en la Clínica Stella Maris Lima, Perú, 2016, sugieren contar con un registro específico para lo cual utilizaron una escala de clasificación de riesgo para el transporte intrahospitalario del paciente grave, en base a una escala establecida en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez de Cuba, donde clasifican los riesgos en **transporte en bajo, intermedio o alto riesgo**, luego de una sumatoria de puntos que se asignan con relación a las condiciones clínicas y las intervenciones terapéuticas realizadas a cada paciente, a fin de estimar de mayor o menor riesgo que tiene el paciente en dicho transporte (10).

La referida escala de clasificación de riesgo para el traslado intrahospitalario del paciente grave propuesta y aplicada, es la que se pretende utilizar en el presente estudio (Anexo 1).

2.1.3. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE TRANSPORTE

El transporte intrahospitalario puede definirse como el traslado o movimiento del paciente crítico dentro del mismo hospital, es decir de un área a otra, según diversas razones como al quirófano, a sala de recuperación post anestésica, a unidad de cuidados intensivos (UCI), a Rayos X o imagenología, especialmente para la realización de tomografía computarizada, resonancia magnética, scan de ventilación /perfusión, angiografía (9).

Según diversos criterios a continuación se presenta la siguiente clasificación:

- **Según Carácter del Transporte**

- Transporte Primario: Desde el lugar del requerimiento hasta el centro sanitario. Generalmente es extrahospitalario.
- Transporte Secundario: De un centro sanitario a otro o interhospitalario, generalmente con el fin de proporcionar otro tipo de servicios según con fines de tratamiento o de diagnóstico.
- Transporte Terciario: de una unidad a otra dentro del propio hospital (11).

- **Según el Riesgo Vital para el Enfermo**

- Transporte de Emergencias: Asistencia sanitaria inmediata puede ejecutarse desde el lugar donde se realiza o produce la emergencia.
- Transporte Urgente: Cuando existe riesgo vital, la asistencia puede demorar hasta seis horas, puede darse de un centro sanitario a otro de mayor complejidad o por requerir UCI.
- Transporte Demorable: No inmediata de los sistemas de transporte, el paciente estabilizado puede ser transportado por requerir un tratamiento específico.
- Transporte No Urgente: Paciente estable, puede salir de alta hospitalaria y requiere traslado domiciliario, en el caso de que no hay otro medio ya que necesita uso de camilla.
- Transporte Programado: De forma periódica, para tratamiento o procedimiento programado, como hemodiálisis, rehabilitación (11).

- **Según el Tipo de Transporte**

- Terrestre: En ambulancias, en distancias menores a 150 km.
- Aéreo: Helicóptero sanitario para distancias menores de 300 km; avión sanitario mayor de 300 km.
- Marítimo: Barcos – hospitales o embarcaciones rápidas (11).

El transporte del paciente post operado inmediato que se encuentra en centro quirúrgico y que es trasladado a UCI, a sala de recuperación post anestésica, o al servicio, según el carácter del transporte está considerado como transporte terciario porque se traslada de una unidad a otra dentro del mismo hospital, pero al encontrarse aún bajo los efectos de anestesia requieren ser evaluados y

clasificados según las condiciones específicas de riesgo según su estado clínico en tres grupos (9):

Grupo I: Conformado por pacientes en situación hemodinámica estable con sólo la necesidad de monitorización básica, (TA, FC, SaTO₂, FR).

Grupo II: Integrado por pacientes en situación inestable que requieren monitorización invasiva (catéter arterial, pulmonar, PIC, etc...), pulsioximetría y perfusión continua farmacológica.

Grupo III: Comprende a pacientes del Grupo II con dependencia de asistencia respiratoria o ventilación mecánica (9).

2.1.4. RIESGOS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE

Todo traslado de pacientes está expuesto a innumerables riesgos e imprevistos durante el mismo, los que deberán valorarse antes de tomar la decisión del transporte. En el caso del transporte de paciente de centro quirúrgico a unidad de recuperación post anestésica (URPA), los riesgos pueden ser minimizados gracias a la planificación, el uso de un equipo calificado y la utilización de material idóneo para tal circunstancia (10).

El equipo calificado responsable del traslado del paciente estará integrado por el médico anestesista responsable del procedimiento anestésico durante toda la intervención quirúrgica, la enfermera circulante y un técnico de enfermería (12).

Según Norma Técnica de Salud N° 089, los riesgos prevenibles pueden estar relacionados con la observación sistemática de variables vitales que se registran en las tres etapas del acto anestésico, cuales son: Pre anestésica; Trans anestésica y Post anestésica, a cargo del médico anestesista y según la complejidad del acto anestésico- quirúrgico, en el momento del traslado del paciente de centro quirúrgico a sala de recuperación principalmente se monitorizará (12):

- Oxigenación

La cual permanentemente será controlada por medio de un oxímetro de pulso, que debe contar con alarmas auditivas y visuales (12).

- Ventilación

Deberá evaluar la amplexación del tórax, ruidos respiratorios y observar la bolsa de reservorio, la ventilación mecánica contará con un sistema de alarma que indique fallas en el circuito o su desconexión; si hay intubación

endotraqueal u otro dispositivo que controle la vía aérea, igualmente debe contar con alarma de presión alta en vía aérea (12).

- Circulación

Se utilizará el monitoreo electrocardiográfico permanente desde el inicio de la anestesia independiente del tipo de anestesia empleada, así como la presión arterial controlada y estable. (12).

- Temperatura corporal

Monitorizada y estable en el momento del traslado (12).

- Sistema Nervioso Central

El monitoreo del estado hipnótico principalmente en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides (12).

- Otros elementos de monitoreo

Cuando el paciente o el tipo de cirugía lo requieran se controlará presión venosa central, diuresis, presión arterial invasiva y/o relajación muscular mediante el estimulador del nervio periférico y los gases anestésicos inspirados o espirados (12).

El médico anestesiólogo al llegar a la sala de recuperación deberá entregar su paciente al anestesiólogo de dicha Unidad y a enfermera responsable, debiendo informar la condición previa, el manejo realizado, eventos relevantes y condiciones del paciente en ese momento, debe llevar nombre y firma del médico que hace la entrega (12).

Atención de Enfermería

Previa a la atención del traslado, la enfermera planifica la condición del paciente, para un cuidado de calidad y toma de decisiones oportunas en base al proceso de atención de enfermería (PAE); registrando de forma clara, precisa y completa las acciones que realiza en los registros o formatos especiales de la Historia Clínica (12).

Coordina, implementa y supervisa la aplicación y/o ejecución de las normas y procedimientos establecidos que garanticen la bioseguridad de los ambientes de centro quirúrgico, condiciones óptimas de equipos, insumos y suministros del

servicio (12).

Utiliza y aplica la lista de verificación de la seguridad tanto de la cirugía como del traslado del paciente, en lo que le corresponde y según protocolo (12).

2.1.5. TRANSPORTE DEL PACIENTE CRÍTICO

Este procedimiento se inicia con el período de recuperación de las funciones vitales del paciente, al concluir el acto quirúrgico, considerando:

- Drogas empleadas
- Nivel de ventilación alveolar
- Concentración de anestésicos inhalados, dosis suministradas y otros (13).

En este acto, la enfermera como miembro especializado del equipo, junto con el médico anestesista proporcionarán la ventilación manual del paciente, para lo cual las vías aéreas deben estar permeables, se tiene que contar con sondas de aspiración, desinflar el neumó del tubo endotraqueal y todo el equipo listo para ser utilizado en el traslado del paciente que a pesar de efectuarse hacia un ambiente cercano puede originar un riesgo que lamentar en el paciente (13).

Luego que el paciente ha despertado de la anestesia, se realiza su transferencia de la mesa quirúrgica a la camilla de hospitalización, lo que ha de realizarse con suavidad y teniendo en cuenta las medidas de seguridad contando para ello con el personal necesario, en este momento la enfermera tiene controlados los drenajes, sondas, vías que porta el paciente y que no se desconecten durante el traslado, al mismo tiempo se puede requerir del balón de oxígeno o ambú (13).

- El traslado a la unidad correspondiente debe hacerse rápido en compañía del anestesista y la enfermera circulante, quienes mantendrán la permeabilidad de vías aéreas y seguridad del paciente (13).

Endicha unidad, la enfermera circulante informa a la enfermera responsable de dicha unidad respecto a:

- Tipo de intervención realizada.
- Tipo de anestesia que se administró al paciente.
- Presencia de drenajes, vías, sondas, lugar de vía endovenosa, etc.
- Posibles problemas ocurridos en el transcurso de la cirugía, anestesia u ocurrencia eventual en el traslado.

- Presencia de anomalías o enfermedades previas.
- Recomendaciones especiales o intervenciones recomendadas.
- Informe del grupo sanguíneo, número de unidades transfundidas, plasma, o glóbulos rojos y reservas del Banco de Sangre (13).

2.1.6. FASES DEL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO

El transporte intrahospitalario del paciente post quirúrgico tiene características especiales como son el estado de consciencia comprometido ya que en algunos casos no se encuentra totalmente consciente, no tiene control de sus movimientos y como el personal se encuentra preparado para esta acción, el tiempo a emplear será menor lo que disminuirá los riesgos, en toda situación este procedimiento se desarrolla en tres fases (11):

21.61. Fases específicas:

- **Fase de preparación:**

De las tres fases es la primordial porque el paciente debe de estar estabilizado, el personal capacitado debe encontrarse ya listo, las funciones a cumplir ya deben recordarse, se le comunicará al paciente que la intervención quirúrgica ya concluyó y será trasladado a determinada unidad de recepción, se coordinará con la unidad específica el horario y la disponibilidad para la recepción sin contratiempos. Se procede a evaluar el funcionamiento de equipos como aspirador de secreciones, desfibrilador, monitor de signos vitales, las bombas de infusión. Previo al traslado también se debe verificar la permeabilidad de catéteres, vías de venoclisis, que el maletín de urgencias esté equipado con los medicamentos completos, laringoscopios, tubos endotraqueales, ambú, máscaras de oxígeno. Antes de iniciar el traslado se deberá confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para evitar pérdida de tiempo en esperas insulas e incluso prevenir el bloqueo del ascensor. Los registros de hora de salida, de las funciones vitales, medicamentos administrados, la historia clínica del paciente, así como los informes de exámenes especiales, en esta fase se abrirá la hoja de traslado, donde se recogerán los datos del paciente, nombres del personal encargados de realizar el traslado, fecha y hora (9).

- **Fase de transporte:**

Se deberá ejecutar el protocolo establecido según al grupo de riesgo al que pertenece el paciente, en todos los casos se procede al control de signos vitales, (frecuencia cardíaca, tensión arterial, ritmo cardíaco), parámetros de ventilación saturación de oxígeno y nivel de consciencia, el estado del paciente y medicación administrada, preparación del paciente para el paso a la camilla de transporte y coordinación con el médico anestesista, los equipos deberán estar hábiles para el uso como son el monitor, respirador, el aspirador de secreciones, revisar las vías drenajes, la túbuladura de respirador, si el paciente estuviera consciente se le tranquilizará explicándole lo que se le hará en todo momento, del traslado se deriva el impacto sobre la aparición de complicaciones y el pronóstico (9).

La coordinación con el acceso a la otra unidad debe ser precisa, sin obstáculos ni pérdidas de tiempo innecesarios. Los objetivos de esta fase son el de mantener una vigilancia óptima de del paciente, realizar una valoración seriada previamente establecida y obtener un adecuado soporte adecuado de los sistemas orgánicos en función de las necesidades de cada paciente (9).

- **La fase de entrega del paciente a enfermera responsable:**

Esta fase es denominada también fase de recepción o llegada del paciente a unidad de recuperación, unidad de cuidados intensivos o servicio determinado después de la realización de una prueba complementaria de diagnóstico, realizada por el personal de dicha unidad, se inicia con el control de constantes vitales y si estuviese conectado a un respirador es conveniente monitorizar los parámetros de ventilación y realizar gasometría para valorar la situación actual del paciente. Se revisarán las vías, drenajes, sondas, tubo endotraqueal, bombas de infusión, conexión a monitor de pared, etc., dejando al paciente correctamente instalado en su nueva unidad. Se reinstaurarán las perfusiones o reiniciará la nutrición si fue suspendida. Se terminarán de rellenar los datos de la gráfica de transporte, anotando hora de llegada y las incidencias que hubiesen ocurrido durante el mismo (9).

2.1.7. ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE ASOCIADAS AL TRANSPORTE

Ayala Mendoza en la justificación de su estudio “Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico” considera importante la opinión de, Indeck M quien en 1987 en su estudio manifestó que hasta un 68% de pacientes sometidos a transporte presentaron cambios fisiológicos de más de cinco minutos de duración durante el trayecto, dato de suma importancia a ser considerado para tomar las precauciones a fin de evitar algún efecto secundario en este procedimiento, y según diversos estudios de incidencia global se tiene que los eventos adversos menores como cambios en las constantes vitales alcanzan el 68%, los mayores como el poner en riesgo la vida del paciente alcanza de 4,2% - 8,9% entre los que destacan las paradas cardiorrespiratorias en el 0,34 al 1,6% (14).

Las alteraciones fisiológicas más frecuentes asociados al transporte han sido estudiados por diversos autores y en diversas circunstancias de los que se dan a conocer que todo transporte por más sencillo que sea presenta alguna alteración y éstas en el 22% tienen que ver con problemas respiratorios tales como agitación y mala adaptación del respirador, reservas insuficientes de oxígeno o mala posición del tubo endotraqueal y otros; alteraciones encontradas con menor incidencia son las relacionadas con el equipo humano sobre todo por falta de experiencia y mala comunicación con el servicio receptor lo que origina en muchos casos hipotermia, dolor, hemorragia y bronco aspiración, si el trayecto del traslado es largo, por lo que la enfermera deberá considerar las siguientes alteraciones muy importantes en los sistemas (14).

21.7.1 Cardiovasculares

En el traslado del paciente los cuidados de enfermería se deben enfocar en la valoración y evaluación hemodinámica estricta, en busca de la presencia de arritmias, alteraciones de la presión arterial por discontinuidad en la infusión de forma accidental o por cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria como resultado de la ansiedad, dolor o mala sedación del paciente (15).

La presión arterial sistólica y frecuencia cardíaca elevada significativamente puede presentarse sólo en pacientes post operados de cirugía mayor general/vascular y podrían atribuirse a la anestesia inhalatoria recibida (15).

Páez y Salas consideran importante tener en cuenta los cambios notorios que pueden evidenciarse tales como: disminución o incremento de la resistencia vascular sistémica, incremento del trabajo cardíaco, aumento del consumo de

oxígeno y la susceptibilidad a la isquemia miocárdica debido al estrés postquirúrgico. La variabilidad de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial se relaciona con signos de bajo gasto cardíaco o depresión de volumen que indican signos de hipoperfusión correlacionado con disminución del llenado capilar. Los cuidados de enfermería deberán estar enfocados en una valoración y evaluación hemodinámica estricta, basado en el trazado electrocardiográfico, pérdidas sanguíneas y sostenimiento del gasto cardíaco (15)

El llenado capilar lento indicará un gasto cardíaco insuficiente para mantener la perfusión de los órganos sin autorregulación como la piel. La presencia de hipotermia, palidez en los pabellones auriculares son indicadores de la severidad de la hipoperfusión tisular (15).

La permeabilidad de los tubos y drenajes, el sangrado activo son elementos importantes en la evaluación inicial:

La monitorización estará basada en:

- Control de frecuencia cardíaca.
 - Llenado capilar.
 - Presión arterial.
- Control de administración de medicamentos vasoactivos.
 - Revisión de apósitos, drenajes, vías (15).

21.7.2 Respiratorias

El traslado del paciente sometido a ventilación mecánica tiene más riesgos que cualquier otro debido a que una inadecuada ventilación puede causar hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base con repercusión hemodinámica por lo que la monitorización se hace indispensable (15).

Los cambios fisiológicos en el sistema respiratorio incluyen la disminución de la capacidad vital en un 50% y la capacidad residual funcional en un 30%, así mismo se observa un descenso de los volúmenes de reserva inspiratoria y espiratoria (15).

Una de las complicaciones frecuentes observada por los especialistas es la presencia de atelectasia que se presenta por el reposo prolongado en centro quirúrgico y alteraciones en la mecánica ventilatoria por presencia de dolor

(15).

La disfunción pulmonar está relacionada con anomalías en el intercambio gaseoso dado por alteraciones en el gradiente alvéolo- capilar. Una extubación temprana después del procedimiento podría incrementar la morbilidad cardio-respiratoria y el estrés simpático – adrenal (15).

Las variables para tener en cuenta para la valoración específica son:

- Frecuencia respiratoria
- Trabajo respiratorio
- Expansión torácica
- Saturación de oxígeno
- Coloración de la piel
- Auscultación pulmonar (15).

21.7.3 Neurológicas

En este sistema se presentan cambios principalmente durante el postoperatorio inmediato como somnolencia relacionada a efectos residuales de anestesia y analgesia, el dolor se relaciona en los cambios identificados a nivel de la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria expansión pulmonar entre otros. El profesional de enfermería valorará y evaluará continuamente el estado de conciencia, la presencia de dolor según la escala visual análoga, cefalea o adormecimientos, presencia de delirio al despertar o despertar retrasado (15).

2.1.8. FACTORES DE RIESGO EN EL TRASLADO DE PACIENTES

El traslado de un paciente post quirúrgico constituye un riesgo, cada movilización es distinta ya que involucra pacientes distintos y situaciones distintas, para todo ello es recomendable previamente realizar una valoración de riesgo para prevenir potenciales alteraciones en la situación fisiopatológica del paciente y que al ser identificados pudieran ser minimizados (16)...

Melgarejo Urendez A. y colaboradores analizaron diversos factores de riesgo en el traslado del paciente crítico y concluyen que específicamente los factores a considerar en el traslado del paciente de centro quirúrgico a sala de recuperación de anestesia son (16).

21.8.1 Factores Personales:

- **Agitación:**

Considerado como un fenómeno que se desarrolla en la fase temprana de recuperación de la anestesia general caracterizada por intranquilidad, confusión, desorientación y comportamiento violento. Presentando complicaciones al poder auto agredirse retirándose el tubo endotraqueal o extubación, con la consecuente hipoxia, neumonía aspirativa, la remoción de catéteres, hemorragia con o sin requerimiento de reparación quirúrgica, lesiones secundarias a caídas de la mesa de cirugía, o de camilla de transporte, golpes en la cabeza, agresión y daño al personal de salud, demandando de más recurso humano, pudiendo incrementar el tiempo de recuperación post anestésica, con una incidencia de 1,8 a 75% (17).

- **Inestabilidad hemodinámica:**

Se refiere a la presencia de signos clínicos sugestivos de hipoperfusión tisular como alteración del sensorio, pobre relleno capilar, y sobre todo, a la presencia de hipotensión arterial. Actualmente la presencia de hipoperfusión aun en ausencia de hipotensión ante la presencia de estos signos clínicos, puede denominarse shock oculto o compensado, y podría asociarse a valores significativamente elevados de morbilidad, y la presencia de dichos signos como disoxia celular es un factor que favorece a la presencia o desarrollo de lesiones orgánicas, fracaso multiorgánico y eventualmente la muerte del paciente. (18).

- **Necesidades elevadas de oxígeno:**

Los pacientes de unidad de cuidados intensivos, post operados inmediatos, o estabilizados sin trastornos respiratorios pueden presentar hipoxia (saturación de oxígeno < 90%) en una situación inesperada. Una disnea y una hipoxia de comienzo brusco sugieren una embolia pulmonar o un neumotórax (sobre todo en un paciente con ventilación a presión positiva). Pudiendo presentar fiebre, escalofríos y tos productiva (o aumento de secreciones) lo que podría sugerir la presencia de neumonía. El antecedente de una enfermedad cardiopulmonar (p. ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca) lo que debe considerarse el monitoreo cardio respiratorio, verificación de permeabilidad de vía respiratoria, tubo endotraqueal no obstruido, sonidos respiratorios libres en ambos campos pulmonares, datos importantes que

deben considerarse si en el traslado del paciente se presentara un evento de alteración respiratoria (19).

- **Politrauma:**

Un análisis riesgo-beneficio es indispensable para tomar la decisión del transporte intrahospitalario, pero siendo de necesidad el traslado del centro quirúrgico en el post operatorio a la unidad específica de destino, esta situación deberá ser evaluada teniendo en cuenta que se trata de un paciente sedado, hemodinámicamente inestable, con ventilación mecánica, preparado y que al ser transportado por un equipo humano que no tiene la pericia idónea para tal procedimiento, se considera una actividad especialmente arriesgada ya que los resultados serían de un paciente politraumado. Los pasos de preparación y gestión son cruciales, ya que tienen un impacto directo a corto y mediano plazo sobre el pronóstico. Posterior a la estabilización el paciente crítico antes del transporte intrahospitalario, los factores técnicos, los organizativos y humanos deben considerarse prioritariamente para el logro de objetivos de la prevención primaria de eventos adversos relacionados con dicho procedimiento. La superación de los riesgos del transporte implica tomar medidas correctivas para todas las causas, lo que dará un incremento en la seguridad y demostración de eficiencia del equipo de salud (20).

El protocolo para el transporte intrahospitalario indica los siguientes factores de riesgo:

- En relación con el equipo ya que el 22% de eventos adversos tienen que ver con los equipos portátiles utilizados.
- El equipo humano carente de experiencia.
- Con la organización dado a la comunicación y coordinación inadecuada.
- Con el paciente en probable estado de desestabilización por el estado crítico en el que se encuentra.

Dichas ocurrencias pueden presentarse al no cumplir con las fases de transporte (20).

- **Material de transporte:**

Los factores de riesgo se rigen por la multicausalidad, en muchos casos consecuencia de errores que se encuentran presentes muy relacionados unos con otros, siendo el material de transporte uno de ellos, tal como informa Merino que estudios realizados consideran que las fallas en el material ocasionan el 45,9% de complicaciones y otros informan que el 72% (21).

La cantidad de material o equipos que requiere el paciente durante el traslado incrementa la probabilidad de que un evento adverso se presente, como el uso de más de tres bombas de infusión en algunos casos da el 1,14% de riesgo en el traslado, por lo que al contar con un protocolo se debe indicar un número máximo de bombas de perfusión permitido (21).

Otra complicación lo da la presencia de ventilador de transporte con el 34% de riesgos; la presencia de eventos adversos leves pueden darse por la mala comprobación de material como la permeabilidad de vías endovenosas, cables entrelazados, tubos acodados, baterías descargadas, balón de oxígeno vacío, este tipo de riesgo puede evitarse con el chequeo antes de salir de la unidad (21).

21.82 Factores del personal:

El número de personas involucradas en el transporte del paciente no se ha detectado como factor de riesgo, en cambio el número de eventos adversos en inversamente proporcional al nivel de experiencia de los profesionales. Si los profesionales encargados del transporte no tienen el entrenamiento adecuado y no están familiarizados con el manejo del material pueden no responder ante una situación crítica o de emergencia (21).

La inadecuada coordinación con la sala de recuperación o lugar del destino originará un tiempo de espera innecesario, y la posibilidad de la ocurrencia de algún evento adverso (21).

2.1.9. TRASLADO DE PACIENTE POST OPERADO

Son variadas las razones por las que se traslada a un paciente de una unidad a otra dentro de un hospital, pero cobra singular responsabilidad para la enfermera como refieren Chambi y Villanueva 2018 en su revisión bibliográfica que cuando este traslado es de centro quirúrgico en el post operatorio, ya que este procedimiento se limita a personal especializado empleando recursos

tecnológicos y de conocimiento racional con base científica ya que la condición del paciente lo amerita puesto que existe el alto riesgo de los pacientes de sufrir alteraciones fisiológicas y hemodinámicas graves durante el traslado, encontrándose eventos comunes que se presentan y son (22):

- La falta de experiencia del personal por desconocimiento respecto a la intervención durante un paro cardiorrespiratorio, extubación y/o manejo de drogas como inotrópicos (22).
- Mala comunicación por defectos de coordinación entre el personal que realiza el transporte y el que efectúa la recepción del paciente (22).
- Falta de revisión previa al equipo para el transporte como la cantidad de oxígeno en el tanque, tanto en el buen funcionamiento como la exigencia de ser el adecuado según el problema del paciente (22).

Los cambios fisiológicos que se producen al desplazar al paciente guardan relación con la velocidad y la camilla que realiza el transporte, varios receptores orgánicos tienen en cuenta los efectos de la aceleración y desaceleración originando redistribución de la sangre y fluidos de modo transitorio en los sentidos caudal y cefálico, estos desplazamientos se detectan por sensores orgánicos y son conducidos por el sistema nervioso a los órganos efectores pudiendo ser los músculos o las glándulas exocrinas como respuestas nerviosas según los nervios que se encuentren enervados, estos cambios bruscos en los líquidos corporales pueden originar efectos riesgosos en pacientes inestables como los transportados de centro quirúrgico principalmente portadores de alguna cardiopatía, los que presentan un incremento en la presión intracraneal y los de mayor labilidad hemodinámica (11).

Para prevenir situaciones negativas la enfermera deberá cumplir con las fases del traslado ya descritas.

2.1.10. EQUIPO ELECTROMÉDICO DE CENTRO QUIRÚRGICO

Comprende los dispositivos eléctricos que brindan soporte a los servicios de salud, pero en este caso se presentan concretamente a los más utilizados en la unidad de centro quirúrgico, y principalmente utilizados en el transporte del paciente post quirúrgico de una manera segura y de calidad siendo los indispensables (23):

- Aspirador, de secreciones, es un equipo con compresor que crea una presión

negativa o bomba de vacío denominada succión, empleado para aspirar líquidos es muy utilizado en diversas unidades tanto clínicas como quirúrgicas. Se conecta por medio de un tubo látex a un aditamento denominado cánula Yankawer estéril para uso individual, con ruedas de transporte (23).

- Bomba de infusión: Suministra según programación y control determinada sustancia como fluidos, medicación o nutrientes por vía intravenosa constantemente. Disminuyendo posibilidades de error, por características de precisión, seguridad y confiabilidad (23).
- Colchón térmico: Muy útil durante la cirugía puesto que el paciente anestesiado no puede regular su temperatura y se encuentra en riesgo de hipotermia. Posee un sistema de circulación de agua regulable de 5 a 41° C, con alarmas para que se desconecte automáticamente y evita quemaduras (23).
- Monitor de signos vitales: Verifica los signos vitales cada 15 a 30 minutos y da a saber el estado hemodinámico del paciente. Posee una pantalla de alta resolución de fácil configuración y operación, de diseño simple y posee varios tipos de alarmas, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de verificar su correcto funcionamiento, cuentan con batería para asegurar su funcionamiento ante una eventualidad de energía eléctrica, las mediciones que permite son:
 - Frecuencia respiratoria y cardíaca.
 - Saturación de O₂.
 - Presión arterial.
 - Monitorización cardíaca, de presión arterial y temperatura (23).
- Monitor multiparamédico o monitor cardíaco tiene como funciones el recoger, mostrar y almacenar las funciones vitales, entre las más importantes son:
- Electrocardiograma (ECG): Para su funcionamiento se colocan unos electrodos sobre el cuerpo del paciente que se encargan de registrar y amplificar los impulsos eléctricos del corazón (24).
- Respiración (Resp): También controla la frecuencia respiratoria midiendo la

impedancia torácica gracias a dos de los electrodos utilizados en el ECG (24).

- Temperatura (Temp): El mismo equipo utiliza un termómetro, muestra la temperatura que tiene en todo momento el paciente (24).
- Presión arterial no invasiva (PNI o NIBP en inglés): Se obtiene utilizando un esfigmomanómetro electrónico, cuyo brazalete se coloca en el brazo del paciente (24).
- Saturación de oxígeno (SpO₂): Utiliza un pulsioxímetro colocado en el dedo del paciente que emite luz con dos densidades de onda distintas para determinar su nivel de oxígeno en la sangre (24).

Otros parámetros que se pueden registrar son:

- Presión invasiva (PI): Por medio de un catéter sensitivo insertado en una arteria del paciente mide su presión sanguínea con una precisión mayor que la que ofrece la presión no invasiva (24).
- Saturación venosa de oxígeno (SvO₂): Por medio de un catéter colocado en la vena cava superior, con el fin de obtener una mayor precisión a la hora de determinar su nivel de oxígeno en sangre (24).
- Presión intracraneal (PIC): Emplea un catéter intracraneal que es introducido al paciente para medir la presión dentro del cráneo (24).
- Equipo de resucitación comprende el desfibrilador y carro rojo o coche pronto:

Siendo su objetivo el de administrar choques o descargas eléctricas en la pared torácica del paciente *de* forma controlada a fin de restablecer el ritmo y función contráctil del corazón. El desfibrilador posee: Una pantalla para registro de ECG; dos palas para aplicación de descargas eléctricas; un cable de 3 a 5 derivaciones; electrodos adhesivos y cargador de batería (23).

Carro rojo, es un complemento del desfibrilador puesto que se emplean simultáneamente, contiene todo el material, equipo y medicamentos específicos para la reanimación cardio respiratoria (23).

Posee 2 soportes, uno para tabla de compresiones cardíacas externas, y otro para tanque de oxígeno más un tripie para soluciones (23).

2.2. EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE

Como definición de evento adverso se puede decir que es, todo hecho no deseado realizado por un acto sanitario que ha causado daño al paciente o ha podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente y que no se relaciona con el curso natural de la enfermedad (25).

Para enfermería un evento adverso constituye un acontecimiento relacionado con el proceso asistencial como es el traslado del paciente acto que tiene mucho que ver con su seguridad o base del cuidado, ya que la presentación de un error durante la atención puede convertirse en evento negativo muy serio o amenaza para la vida del paciente que podría prolongar su estancia hospitalaria, dejando secuelas como incapacidad, invalidez permanente e incluso la muerte derivada de tal suceso (26).

Un evento adverso puede presentarse en cualquier ámbito, a pesar que la mayoría de estudios revisados demuestran que su presencia es de mayor riesgo en los pacientes críticos, como los pacientes en unidad de cuidados intensivos o en centro quirúrgico dado a la tecnología empleada, donde se producen más errores y lesiones iatrogénicas. Con una incidencia que oscila entre el 1 y 32 %; en sí todos los pacientes estarían expuestos a sufrir un evento adverso; donde uno de cada cinco pacientes podría sufrir un evento adverso grave, lo que permite deducir que existe un promedio de 178 actividades por enfermo/día que los pueden ocasionar (27).

2.2.1. Clasificación de los eventos adversos:

Al considerar un evento adverso como el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce daño, y que desde el punto de vista de seguridad hacia el paciente se debe considerar que pueden ser:

- **Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles o protocolo específico en un momento determinado (28).
- **No Prevenibles:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares y normas del cuidado asistencial (28).
- **Centinelas:** Incidente o suceso imprevisto como resultado de la atención en salud que produce la muerte del paciente o serias secuelas físicas o

Psicológicas o los riesgos de éstas no relacionadas con el curso natural de la enfermedad. Se incluye específicamente entre las injurias serias la pérdida de una parte o función del cuerpo (26).

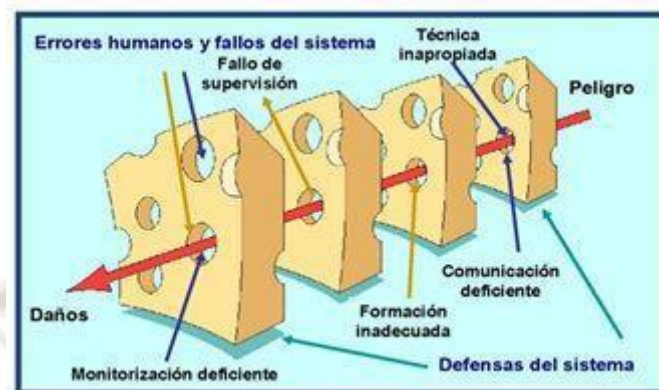
Frente a un evento adverso prima la seguridad del paciente, el cual es un intento consciente de evitarle lesiones, acto presente en cualquier actividad sanitaria teniendo en cuenta que la persona del paciente es la prioridad del cuidado para los cuales existen registros intra y extra institucionales que se deberán aplicar (28).

La intervención de enfermería al estar guiada por principios de calidad que la hacen competente y responsable tiene como base fundamental no generar daño, estos principios son (29):

- El factor científico técnico: Que aplica el mejor conocimiento disponible según medios y recursos disponibles (29).
- El factor percibido: La satisfacción del paciente medida por la calidad de atención, los resultados y el trato que recibió (29).
- El factor institucional: En relación a la imagen obtenida en la comunidad del centro sanitario (29).

En el transporte del paciente en el post operatorio que se inicia una vez concluida la intervención quirúrgica donde se administró anestesia general, es un momento crucial dado que las decisiones tanto de la enfermera como del equipo especializado deben ser precisas para evitar o prevenir un evento adverso no deseado, es ahí cuando se debe considerar las barreras de seguridad a fin de prevenir la ocurrencia de un evento nefasto, como puede ser un golpe por la caída del paciente, un traumatismo físico por una mala maniobra, un trauma psicológico por expresiones negativas u otras, en este momento de la intervención de enfermería se debe considerar, la teoría del error de **Reason**: la cual asume que el ser humano es falible, a pesar de emplear todos los esfuerzos por evitarlos dichos errores se seguirán presentando, siendo necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores, por medio de aplicación de medidas de seguridad expresadas claramente en la siguiente imagen de un queso suizo (29).

Imagen N° 1:
Modelo del queso suizo de James Reason



Fuente: Castro W. El accidente aéreo en los Alpes Franceses y el modelo de Queso Suizo de seguridad. [Blog].2015. (30).

El modelo del queso suizo es una forma de explicar cómo se originan los accidentes, los que se pueden presentar en toda organización utilizado en el análisis de riesgos en la aviación, ingeniería y principalmente en el sistema de salud, propuesto inicialmente por Dante Orlandella y James Reason, quienes compararon los sistemas humanos como rebanadas de queso suizo que se ubican una tras otra, como barreras defensivas y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de errores teniendo en cuenta cuatro dominios de fallo y son (30):

1. Fallas de la organización, en el sistema de salud cuando no se forma idóneamente al profesional.
2. Condiciones de la organización, reglamentos y normas no actualizadas, comunicación inadecuada, material obsoleto.
3. Fallas en el sistema de supervisión.
4. Monitorización deficiente (30).

En todo momento se deben tener en cuenta:

- Fallas activas que están presentes que deben ser conocidas por el equipo de salud involucrado, por ejemplo, no usar el equipo de seguridad, no colocarse la mascarilla o no lavarse las manos, si se descuidan el evento adverso se produce (30).
- Fallas latentes o condiciones presentes en todo momento, por ejemplo, si se falla en el procedimiento se presenta el riesgo y el paciente corre el riesgo de perder la vida (30).

Para que un evento adverso no ocurra se deben considerar barreras defensivas o protectoras, siendo la más importante de las barreras de seguridad para el paciente cual es la barrera ética (30).

2.2.2. Eventos adversos relacionados con la atención de Enfermería

La OMS teniendo en cuenta la seguridad de los pacientes, envió “Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en las instituciones de salud, prácticas que brinden seguridad y disminuyan errores. Lo que ha originado buena respuesta de las instituciones prestadoras de salud en las que se superarán las dificultades y brindar un buen servicio de seguridad a los pacientes (31).

Al ser el profesional que más tiempo y cerca del paciente se encuentra, muchas actividades de su quehacer, realizadas sin el conocimiento y capacitación necesaria, pueden conllevar a la ocurrencia de eventos adversos generando una preocupación y un reto en su desempeño, lo que amerita capacitación permanente a fin de obtener una participación segura y de alta calidad (31).

Existen errores asistenciales con consecuencias graves para el paciente y su familia, con un coste asistencial y económico muy elevado, se pone en juego el prestigio del profesional y de la institución involucrada.

Según la severidad del daño pueden ser (21):

- Eventos adversos menores si se logra la estabilidad del paciente.

- Eventos adversos mayores si conlleva alguna secuela, o con riesgo vital o intervención urgente.

Este último puede relacionarse más con la inestabilidad del paciente que con el transporte en sí. Pero guardan una relación inversa entre la experiencia del personal y el evento adverso, a menos expertismo mayor riesgo de la presencia de un evento adverso (21).

2.2.3. Causas de los errores asociados con el cuidado de enfermería

El cuidado de la salud no estará libre de riesgos en menor o mayor cuantía dependiendo de muchos factores a los que se expone el paciente por su vulnerabilidad y que en muchas situaciones se pueden prevenir (31).

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente se estableció con el único fin de promover esfuerzos y mejorar la atención de los pacientes en todo el mundo y se estima que 10 de cada 100 pacientes habrían presentado efectos adversos durante la hospitalización y este total podría duplicarse según el avance tecnológico y la complejidad de los cuidados. Las enfermeras constituyen hoy en día un grupo básico en las instituciones de salud, y su mayor fuerza laboral, por lo tanto, se convierten en los principales actores en el sector salud ya que se hacen responsables tanto del proceso salud enfermedad de la persona como la asisten durante su ciclo vital participando activamente en la entrega de cuidados directos e indirectos a personas, familias y a la comunidad (31).

Según Vaca Aúz y cols. demuestran que los efectos adversos mayormente afectan a las edades extremas en los servicios de hospitalización de Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Emergencia, originados por el mayor tiempo de hospitalización, donde la principal causa es la flebitis por la no administración de medicación en horarios establecidos, dificultades en la canalización de vías periférica, otro problema notorio son las complicaciones que se hacen presentes a medida que se incrementa el tiempo de hospitalización por incumplimiento de protocolos y procedimientos establecidos, todos estos eventos adversos se relacionan con la deficiente capacitación del personal los que deben ser optimizados (31).

Todo ello forma parte de las causas por las que la enfermera es más susceptible a cometer errores, pero la especialización es un arma poderosa para delimitar las

responsabilidades y da inicio al expertismo necesario en su desempeño como profesional (31).

2.2.4. Seguridad del Paciente

La atención de enfermería está relacionada con los cuidados basados en la seguridad del paciente, se le brindará el máximo confort y propiciar que se encuentre estable, considerar las 3 fases del traslado, donde la fase de preparación ya descrita cobra importancia puesto que el paciente estabilizado es una de las mejores medidas de seguridad, igualmente asegurarse que el equipo esté preparado (21).

En todo momento es básica una buena comunicación y si el paciente se encuentra consciente se le deberá explicar que el procedimiento quirúrgico ya concluyó y se iniciará el traslado hacia la sala de recuperación post anestésica, este hecho dará confianza y tranquilidad al paciente (21).

La comunicación hacia el lugar de destino es muy importante y reduce los riesgos del traslado, se deberá dar a conocer previamente las características del paciente y cuidados especiales que requiere a fin de continuar con la atención. El portar la documentación necesaria como la Historia Clínica, resultados de laboratorio de exámenes específicos o informes médicos brindan la seguridad adecuada para el paciente (21).

Para todo ello es importante contar con las hojas de check – list empleadas y el resultado del cumplimiento del protocolo realizado (21).

La OMS en el año 2004 impulsa una nueva cultura guiada hacia la seguridad del paciente, cuyo origen es la prestación de servicios de salud, denominada: "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" (World Alliance for Patient Safety) cuyo fin es el de reducir los posibles daños o iatrogenias que pueden presentarse en la atención al paciente, originando la difusión de soluciones en todo el mundo y de igual forma el paciente participa ya que al encontrarse mejor informado toma decisiones personales sobre tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas y tiene la capacidad de exigir una atención más segura (32).

Tal información se da en todos los niveles: el gobierno, la industria farmacéutica, los servicios de atención, las personas quienes brindan la atención se involucran tanto al personal como al paciente quien personalmente obtiene información y en muchos casos toma decisiones personales sobre el tipo de tratamiento y prestadores de servicios de salud que considera más seguros para su atención, y por lo tanto se respeta su opinión (32).

Se consideran los siguientes aspectos:

Los fármacos cuyos nombres son parecidos; el procedimiento para la identificación del paciente, el protocolo de traslado del paciente, el procedimiento que se realiza para la ejecución de un procedimiento o intervención al paciente correcto, el control de soluciones en concentraciones adecuadas principalmente el aplicación de electrolíticos, manejo y administración de medicaciones específicas, evitar errores en el manejo de catéteres y tubos, utilización por una sola vez del material principalmente de equipo de inyectables, ejecución de medidas de bioseguridad a fin de evitar contaminación y mantener un ambiente seguro, todo ello forma parte de las “Metas internacionales de seguridad del paciente” (32).

Del mismo modo se identifican las zonas de seguridad como por ejemplo el tópico de inyectables ambientes específicos para evitar errores de medicación; servicios de neonatología con principal cuidado en ejecución de procedimientos como el alta del recién nacido, y así evitar la entrega de un niño a familia equivocada, situaciones que se presentan en todas las actividades de atención al paciente y que involucran al equipo de salud, la familia y el paciente equivocado (32).

2.2.5. Cuidado de Enfermería al Paciente Crítico. Teoría de Patricia Benner.

Lo primordial en enfermería es velar por la salud y el bienestar del paciente, actualmente como la ciencia del cuidado requiere que la estudiante de enfermería tenga una formación cuidadosa que pasa por diversas fases de un proceso de formación integral ya que realiza actividades y funciones específicas hasta lograr ser un excelente profesional de enfermería, donde la práctica y la teoría van de la mano permanentemente (33).

Patricia Benner autora de la teoría “ De principiante a experto” fundamenta que las prácticas de cuidados se basan en conocimientos y habilidades sobre

necesidades cotidianas del ser humano que para ser experimentadas como atención estas prácticas tienen que estar en armonía con la persona concreta a la situación que se atiende y con la situación particular que se trata. Poniendo en práctica la teoría de Benner en el cuidado de enfermería, refiere que la Enfermera (o) que desarrolla su labor en el área asistencial, cada vez que afronta una situación realiza un aprendizaje que puede generarse por elementos de transformación básicas o por repetición creando habilidades y destrezas que solo son propias de la práctica clínica. La enfermera(o) debe crear un ambiente de organización, con la finalidad de ejercer una práctica clínica en plenitud y con éxito, ejecutando su función de líder (33).

Esta formación debe ser pautada por un crecimiento personal y profesional por etapas de formación hasta llegar al expertismo, tal como lo establece Patricia Benner en la obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984) que es el siguiente (33):

- Principiante:

Comprende la etapa de adquisición de habilidades. Por regla general, en este estadio se encuentran los estudiantes de Enfermería, aunque también podrían encontrarse las enfermeras expertas en un área determinada cuando se someten a rotación en unidades o áreas que les es desconocida (10).

- Principiante avanzado:

Cuando la enfermera luego de un proceso de capacitación guiada puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria y criterio para dominar algunos aspectos de la situación. Las enfermeras en este nivel aún siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar, Benner sitúa en este nivel a una enfermera recién graduada (34).

- Competente:

En este nivel la eficiencia aumenta, se caracteriza por una considerable planificación consistente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. La atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo. Asume un rol

de suma responsabilidad del paciente y logra superación en base a la autocrítica. Aplica normas y procedimientos ya aprendidos para una buena planificación (10).

- Eficiente:

La enfermera en este estadio percibe la situación como un conjunto, no la divide en aspectos y su actuación se guía por máximas es un salto cuantitativo con respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce (34).

- Experta:

En este nivel, la enfermera posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema, ya conoce a sus pacientes sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La enfermera experta posee habilidad de reconocer el origen del problema gracias a su amplia experiencia, desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiene determinación propia a realizar una acción determinada o sus funciones porque “siente que es lo correcto” (34).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

3.1. Locales:

- **Arteaga Soto Mildred Patricia Abigail. Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa 2020.**

Conclusión: En base a los resultados obtenidos se puede afirmar que el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura de la OMS, está relacionada con la menor presentación y gravedad de efectos adversos (35).

- **Valencia Sierra, Marianela Elisa del Rosario. Factores contribuyentes de los eventos adversos del paciente hospitalizado en medicina interna, Hospital**

Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud. Cusco 2011 al 2015.UNSA Arequipa 2019.

Concluye: Los eventos adversos destacados son la neumonía nosocomial (60.68%), infección urinaria nosocomial (21.6%), úlceras por presión(33%) e infiltración vía periférica(25%); el tipo más frecuente son las infecciosas (45.46%) con registro más alto en el año 2011 (23.5%); la población más expuesta los adultos mayores(63%), los factores contribuyentes con mayor presencia son la falta de comunicación interpersonal médico-enfermera(51.41%), el escaso personal asistencial (brecha), prolongado tiempo de hospitalización más de 6 días(61.6%), la falta de insumos y recursos, la letra ilegible en la Historia clínica del paciente, y la comorbilidad del paciente EPOC(32.5%) y Diabetes(23.08%); los factores contribuyentes relacionados al evento adverso son la edad y el tiempo de hospitalización (36).

3.2. Nacionales:

- **Agip Cabrejos, Alina Edith. Osorio Astuquipan, Fiorella Maira. Efecto de la Sobrecarga Laboral del Profesional de Enfermería en la Ocurrencia de Eventos Adversos En Pacientes Hospitalizados En la Unidad de Cuidados Intensivos. Lima Perú 2018.**

Conclusión: La sobrecarga laboral del profesional de enfermería en las unidades de cuidados intensivos influye en la aparición de eventos adversos; repercutiendo así en la calidad de atención del enfermo (37).

- **Valer Espinoza Luis Miguel, Gavino Clemente July Noemi. Niveles de riesgo y eventos adversos post quirúrgicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2019.**

Conclusión: Existe relación significativa entre los niveles de riesgo post quirúrgicos altos y los eventos adversos durante el traslado de pacientes post – quirúrgico en el ámbito estudiado (38).

3.3. Internacionales:

- **Melgarejo Urendez, M.D. Bernat Adell, P. Lorente García. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Castellón España 2015.**

Conclusión: A cada movilización se recomienda realizar una valoración riesgo/beneficio para prevenir potenciales alteraciones en la situación fisiopatológica del paciente. El protocolo y el listado de verificación son herramientas importantes para detectar factores latentes y mejorar la seguridad durante el traslado intrahospitalario (16).

- **Ramírez Iturra, Blanca. Febre, Naldy. Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes. Chile Concepción: 2015.**

Conclusión: Los datos muestran que el programa de gestión de riesgos implementados impactó fuertemente en evitar el error post intervención (39).

4. OBJETIVOS:

1. Precisar el nivel de riesgo presente en el traslado del paciente post operado inmediato del quirófano en el Hospital III de Yanahuara en Arequipa 2019.
2. Identificar los eventos adversos presentes en el traslado del paciente post operado inmediato de quirófano en el Hospital III de Yanahuara en Arequipa 2019.
3. Determinar la relación entre el nivel de riesgo con los eventos adversos en el traslado del paciente de quirófano en el Hospital III de Yanahuara en Arequipa 2019.

5. HIPÓTESIS:

Dado que en el post operatorio existe el riesgo o exposición de un individuo a que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión y un evento adverso es todo hecho no deseado que lo pueda dañar y que no se relaciona con el curso natural de su enfermedad.

Es probable que exista relación entre el nivel de riesgo y los eventos adversos en el traslado del paciente post operado inmediato de Centro Quirúrgico en el Hospital III Yanahuara Arequipa 2019.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica:

Para las variables:

- Nivel de riesgo, la técnica empleada fue la observación directa.
- Eventos adversos en el traslado se empleó la observación directa.

1.2. Instrumentos:

- Para la variable Nivel de Riesgo se utilizó: Escala de clasificación de Riesgo para el traslado Intrahospitalario (Anexo 1).
- Para la variable Eventos Adversos, la guía de observación de eventos adversos frecuentes en el traslado (Anexo 2)

Para la variable Nivel de Riesgo se empleó la escala de valoración del riesgo del transporte interhospitalario de pacientes críticos, la cual es de aplicación permanente en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) que tiene como autores a los médicos intensivistas Emilio Moreno Millán y Francisca Prieto Valderrey dicho instrumento es utilizado actualmente en Europa y adoptado institucionalmente en España por algunas comunidades autónomas que permite la asignación de recursos con eficacia técnica y humana, consta de 26 ítems, cada ítem podrá tomar 3 valores (0), (1) o (2), se sumará el puntaje asignado en cada indicador y se clasificara según los siguientes rangos:

0-5 Transporte de bajo riesgo.

6-9 Transporte de riesgo intermedio.

≥ 10 Transporte de alto riesgo **(40)**.

Para la segunda variable se aplicó: La lista de verificación de eventos adversos en el traslado, utilizada en el estudio: **EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO EN SALA DE OPERACIONES EN LA CLÍNICA STELLA MARIS LIMA, PERU, 2016** ejecutada por Caparachin Gonzales, Eliana Lucia E. Henostroza Inga Rosa María, instrumento que consta de 20 ítems, clasificados en eventos prevenibles, no prevenibles y centinelas, cada ítem tomara el valor de (0) si no se presenta el evento

adverso y (1) si se presenta el evento adverso, con lo cual se identificara que eventos adversos se presentan con mayor frecuencia en el servicio (10).

Es importante hacer referencia que los instrumentos “Escala de Riesgo” como “Lista de verificación de eventos adversos para el traslado de pacientes” fueron validados en diversas oportunidades y latitudes, siendo uno de los recientes en Perú en el año 2020 el realizado por Laguna Vásquez Gerald y se presenta en su investigación Titulada: “Factores de riesgo de eventos adversos en el traslado del paciente crítico asistido en la unidad médica de emergencia Tipo-III de Lima, 2020.”

Para fines de la investigación estos instrumentos fueron sometidos a validación de contenido por juicio de expertos, para lo cual se contó con cinco profesionales expertos en el área; ambos instrumentos fueron validados con puntuaciones de 0.90 y 1 según V de Aiken; y de 0,80 según la prueba estadística de KR20 para la confiabilidad. ANEXO 5 (41).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La Investigación se realizó en el Centro Quirúrgico del Hospital III Yanahuara de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

Se desarrolló desde el mes de marzo al mes de agosto del año 2019.

2.3. Unidades de Estudio:

Universo

Conformado por 79 pacientes adultos y adultos mayores de ambos sexos sometidos a cirugías mayores programadas y de emergencias que recibieron anestesia por vía endovenosa, del 1ro al 30 mayo del 2019.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María para la designación del jurado para la aprobación del proyecto.
- Se coordinó con el Decanato de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para obtener la carta de presentación y el permiso correspondiente que permita el desarrollo del Proyecto.
- Coordinación efectuada con la Unidad de Investigación y Docencia del Hospital Yanahuara para obtener el permiso correspondiente y así poder ejecutar la investigación.
- Se realizó un cronograma de trabajo para la recolección de datos, según diversos turnos de disponibilidad de la investigadora.
- Antes de dar inicio al presente proyecto se dio a conocer al personal de Enfermería el propósito de la investigación para poder obtener los datos verídicos y cercanos a la realidad.
- Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente, presentados en tablas y gráficos respectivos.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Licenciada: Rodríguez Miranda Sandra.
- Docente asesora.
- Pacientes unidades de estudio.

3.2.2. Materiales

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Equipo electrónico con computadora personal con programas procesadores de texto, memoria, base de datos y software estadístico.

- Internet.
- Teléfonos celulares.

3.2.3. Económicos

- Recursos propios de investigadora.

3.3. Criterios para el manejo de resultados

Se emplearon programas como Word, Excel y el SPSS versión 19.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1

**EDAD DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO
HOSPITAL ESSALUD III DE YANAHUARA**

Edad	N°	%
21 a 36 años	13	16,5
37 a 52 años	10	12,7
53 a 68 años	30	38,0
≥ 69 años	26	32,8
TOTAL	79	100

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

En la Tabla N° 1, se observa que, según edad del paciente post operado inmediato, el 38.0 % tiene de 53 a 68 años, el 32,8% es ≥ 69 años, el 16,5% de 21 a 36 años, 12,7% de 37 a 52 años.

De lo que se deduce, que en un acumulado de cerca de las tres cuartas partes de la población en estudio tiene de 53 a mayor de 69 años.

TABLA N° 2

GÉNERO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO

Género	N°	%
Femenino	40	50,6
Masculino	39	49,4
TOTAL	79	100

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

En la presenta tabla, se observa que el 50,6% de pacientes post operados pertenecen al género femenino y el 49,4% al género masculino.

Por lo que se puede deducir, que más de la mitad de las pacientes post operados pertenecen al género femenino.

TABLA N° 3

**TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO**

Duración de traslado	N°	%
10 minutos	28	35,4
11 – 20 minutos	32	40,5
21 – 30 minutos	16	20,3
>30 minutos	3	3,8
TOTAL	79	100

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

En la Tabla N° 3, se observa que el tiempo de duración del traslado del paciente post operado inmediato de centro quirúrgico, en el 40,5% es de 11 a 20 minutos, el 35,4% de 10 minutos, el 20,3 % es de 21 a 30 minutos mientras que el 3,8% tiene un tiempo de duración mayor de 30 minutos.

De lo que se deduce que más de dos quintas partes tienen un tiempo de duración de traslado de 11 a 20 minutos.

TABLA N° 4

PESO Y TALLA DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO

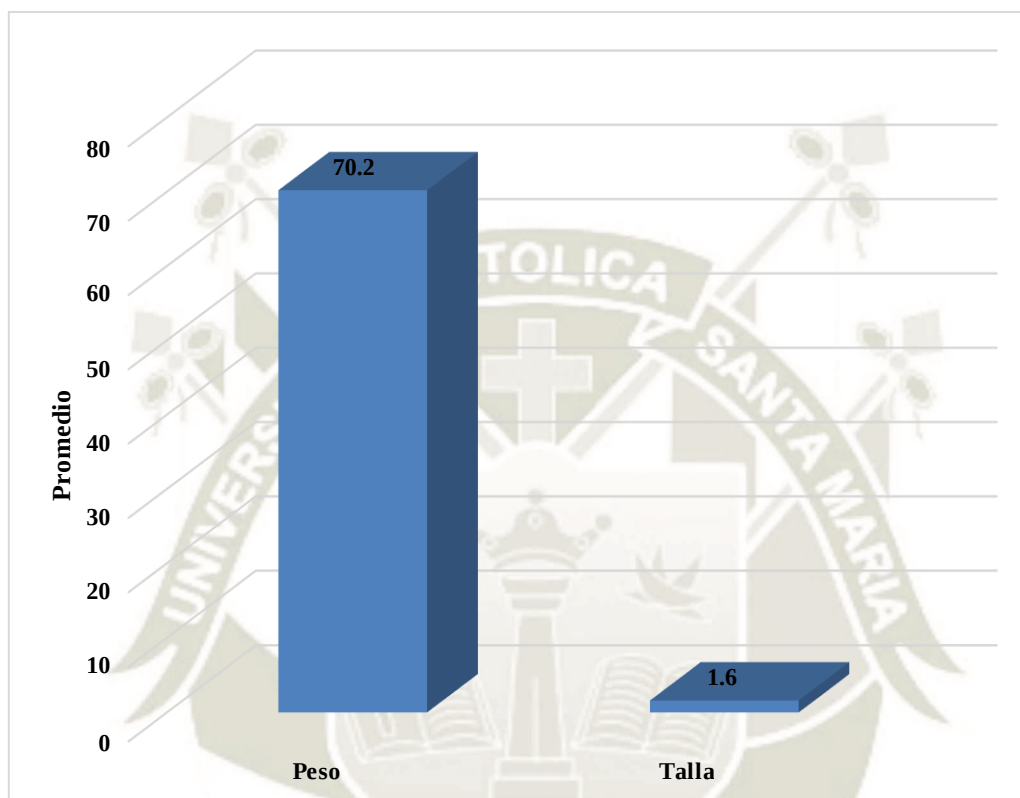
Estadísticos	Peso	Talla
Media	70,2	1,6
Desviación estándar	12,0	0,1
Máximo	93,0	1,8
Mínimo	32,0	1,3
TAMAÑO	79	79

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°. 4 muestra que el peso promedio de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital III de Yanahuara es de 70.2 kilos, la talla promedio es de 1.6 metros.

GRÁFICO N° 1

PESO Y TALLA DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N° 5

**PRESENCIA DE MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO**

Movimientos bruscos	N°.	%
Si	58	73,4
No	21	26,6
TOTAL	79	100

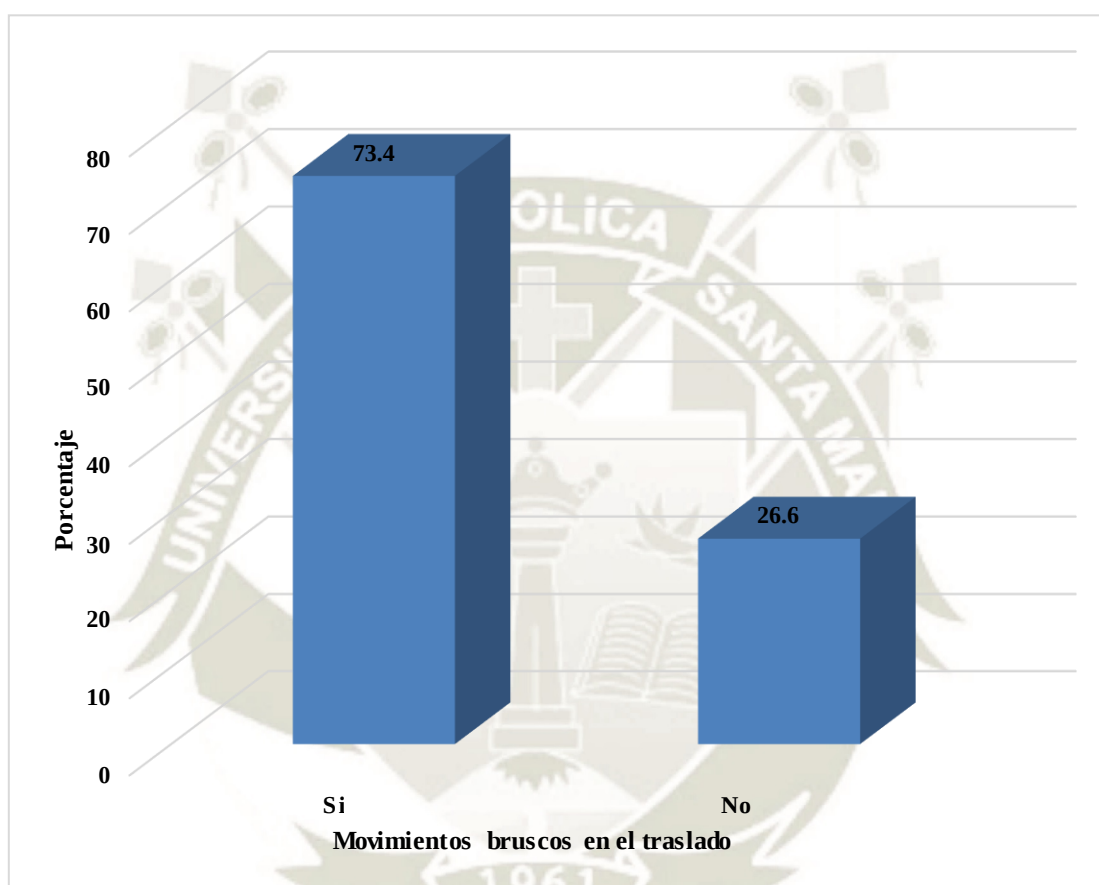
Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°. 5 muestra que el 73.4% de los pacientes en el post operatorio inmediato trasladados de centro quirúrgico en el Hospital III de Yanahuara indicaron que han sentido movimientos bruscos en el traslado, mientras que el 26.6% de los pacientes no han sentido movimientos bruscos.

Se deduce que cerca de tres cuartas partes de pacientes post operados inmediatos trasladados del quirófano han sentido movimientos bruscos.

GRÁFICO N° 2

PRESENCIA DE MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N° 6

**NIVEL DE RIESGO PRESENTE EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST
OPERADO INMEDIATO**

Riesgo de traslado	N°.	%
Bajo riesgo	62	78,5
Riesgo intermedio	12	15,2
Alto riesgo	5	6,3
TOTAL	79	100

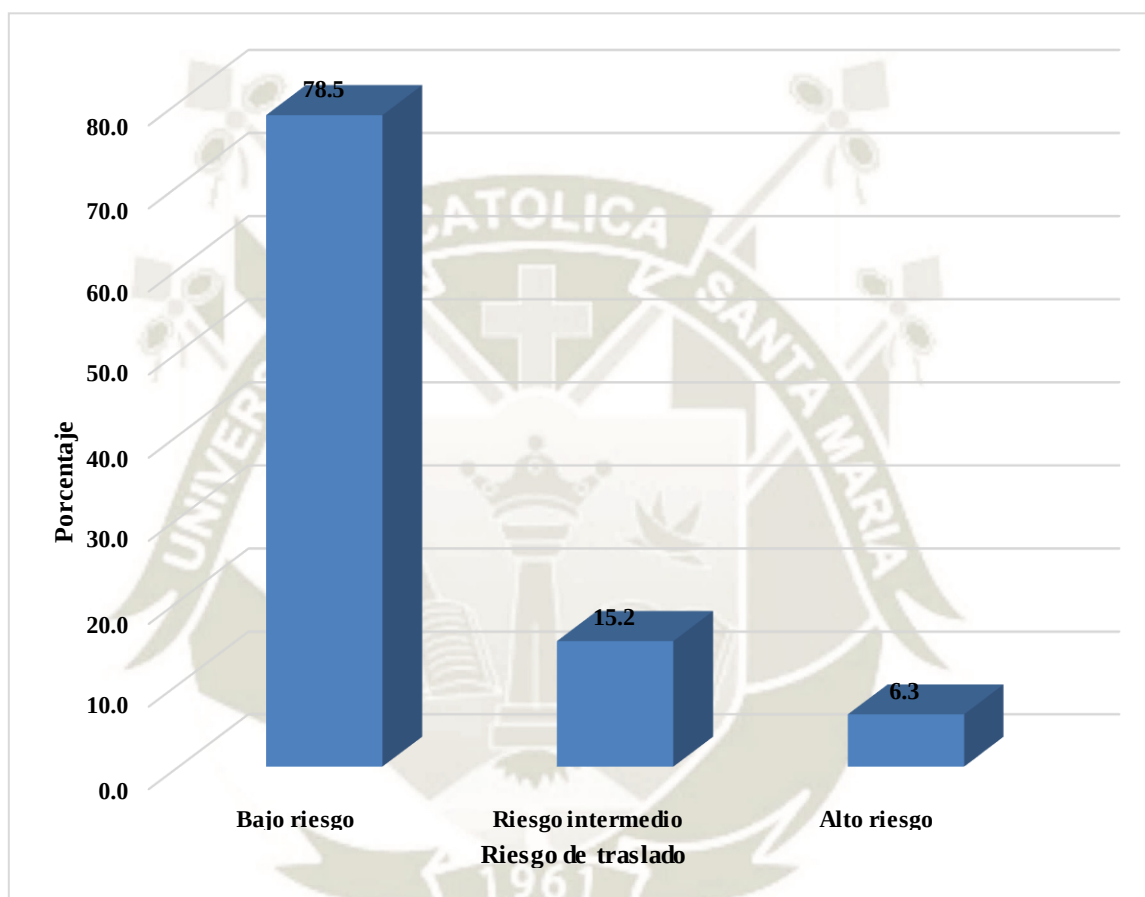
Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°.6 muestra que el 78.5% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital III de Yanahuara presentaron bajo riesgo durante el traslado, seguido del 15.2% de pacientes con riesgo intermedio, mientras que solo el 6.3% de los pacientes tuvieron alto riesgo.

Se deduce que más de tres cuartas partes de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico a sala de recuperación, presentaron bajo riesgo.

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE RIESGO PRESENTE EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N°. 7

EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO

Prevenibles	No presentó		Si presentó	
	N°.	%	N°.	%
Desconexiones temporales de monitorización	40	50,6	39	49,4
Respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de oxígeno vacía	61	77,2	18	22,8
Tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto, prolongación del tiempo de traslado	59	74,7	20	25,3
Falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente	38	48,1	41	51,9
Desconexión accidental de sonda vesical	70	88,6	8	11,4
Extracción accidental de SNG	75	94,9	4	5,1
Extracción accidental de vía venosa	66	83,5	13	16,5
Extubación accidental	72	91,1	7	8,9
Salida del contenido de drenajes, o retirada accidental de los mismos	66	83,5	13	16,5
Bombas de perfusión de jeringa sin batería	76	96,2	3	3,8
Déficit en la comunicación	68	86,1	11	13,9
Olvidar ciertos elementos y/o documentos	64	81,0	15	19,0
No llevar drogas que se requieren	73	92,4	6	7,6
Caídas	78	98,7	1	1,3

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°. 7 muestra que el 51,9% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico del Hospital II de Yanahuara presentaron falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente, 49,4% presentaron desconexiones temporales de monitorización, el 25,3% tuvieron un tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto prolongación del tiempo de traslado, el 22,8% tuvieron respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de

Oxígeno vacía, el 19,0% olvidar ciertos elementos y/o documentos, como eventos adversos prevenibles más notorios.

Se deduce que los eventos adversos prevenibles más destacados fueron en más de la mitad la falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente, cerca de la mitad presentaron desconexiones temporales de monitorización, más de la cuarta parte tuvieron un tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto prolongación del tiempo de traslado, más de una quinta parte tuvieron respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de oxígeno vacía, y cerca de una quinta parte olvidar ciertos elementos y/o documentos, el resto de eventos adversos en porcentaje menores.



GRÁFICO N° 4

EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL
PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N°. 8

**EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO
DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO**

No Prevenibles	No presentó		Si presentó	
	N°.	%	N°.	%
Alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias - desaturaciones	44	55,7	35	44,3
Secreciones	48	60,8	31	39,2
Falla hemodinámica del paciente	37	46,8	42	53,2
Consecuencias de paciente poco sedado	70	88,6	9	11,4
Fuga en el sistema de oxigenoterapia	67	84,8	12	15,2
Cambio en el estado de la piel	78	98,7	1	1,3

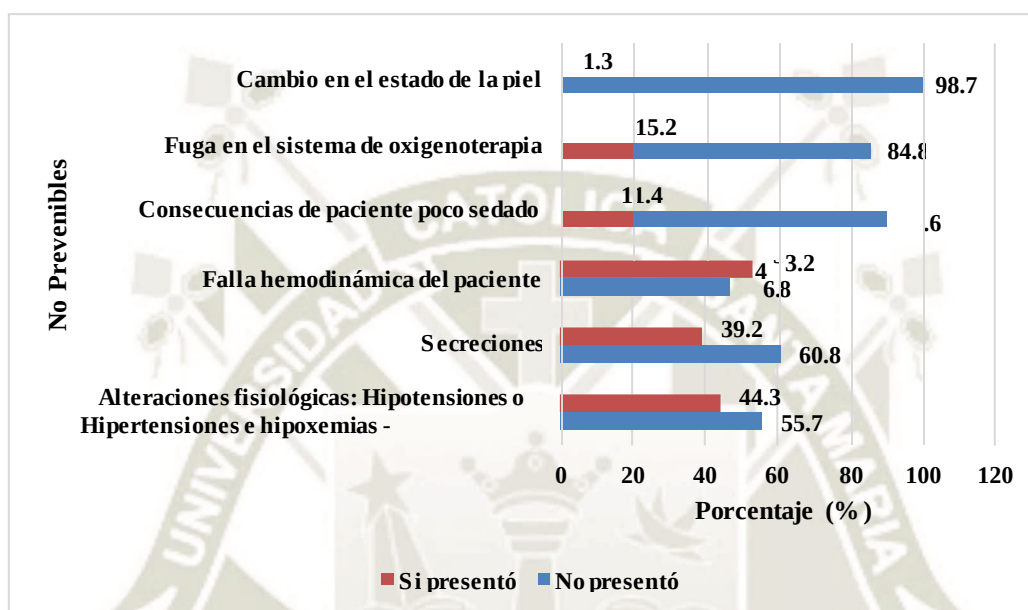
Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°.8 muestra que el 53,2% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital II de Yanahuara presentaron falla hemodinámica del paciente, seguido del 44,3% alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias – desaturaciones, el 39,2% tuvieron secreciones, el 15,2% de pacientes que tuvieron fuga en el sistema de oxigenoterapia, mientras que el 1,3% tuvieron cambio en el estado de la piel.

Se deduce que los eventos adversos no prevenibles presente en más de la mitad presentaron falla hemodinámica del paciente, más de dos quintas partes alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias – desaturaciones, más de la tercera parte tuvieron secreciones, más de la décima parte de paciente tuvieron fuga en el sistema de oxigenoterapia y una mínima parte cambio en el estado de la piel.

GRÁFICO N° 5

**EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO
DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO**



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N°. 9

**EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL
PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO**

Centinela	No presentó		Si presentó	
	N°.	%	N°.	%
Caídas	79	100,0	0	0,0
Extubación accidental	78	98,7	1	1,3
Falla hemodinámica del paciente	51	64,6	28	35,4
Parada Cardiorrespiratoria o arritmias con riesgo vital elevado	79	100,0	0	0,0

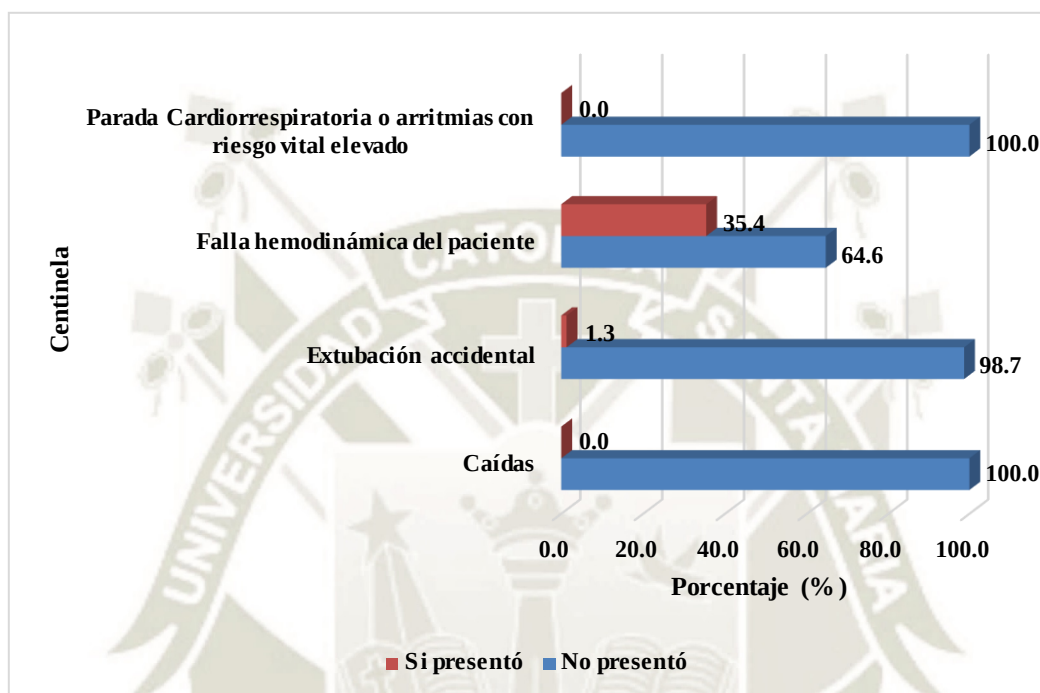
Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°. 9 muestra que el 35.4% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital II de Yanahuara presentaron falla hemodinámica, y solo en el 1.3% se presentó extubación accidental.

Se deduce que más de la tercera parte presentaron falla hemodinámica del paciente, y una mínima parte extubación accidental como eventos adversos centinela

GRÁFICO N° 6

EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N°. 10

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS
PREVENIBLES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO**

Prevenibles	Riesgo de traslado						X ²	P
	Bajo		Intermedio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Desconexiones temporales de monitorización	31	79,5	6	15,4	2	5,1	0.18	0.91
Respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de oxígeno vacía	14	77,8	2	11,1	2	11,1	1.09	0.57
Tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto, prolongación del tiempo de traslado	16	80,0	3	15,0	1	5,0	0.08	0.95
Falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente	33	80,5	6	14,6	3	4,9	0.34	0.84
Desconexión accidental de sonda vesical	8	88,9	1	11,1	0	0,0	0.89	0.63
Extracción accidental de SNG	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0.54	0.76
Extracción accidental de vía venosa	7	53,8	3	23,1	3	23,1	8.73	0.01
Extubación accidental	7	100,0	0	0,0	0	0,0	2.10	0.34
Salida del contenido de drenajes, o retirada accidental de los mismos	9	69,2	2	15,4	2	15,4	2.18	0.33
Bombas de perfusión de jeringa sin batería	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0.92	0.62
Déficit en la comunicación	8	72,7	2	18,2	1	9,1	0.28	0.86
Olvidar ciertos elementos y/o documentos	11	73,3	3	20,0	1	6,7	0.34	0.84
No llevar drogas que se requieren	4	66,7	1	16,7	1	16,7	1.22	0.54
Caídas	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0.27	0.87

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°.10 muestra que el 79.5% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital II de Yanahuara que tuvieron bajo riesgo de traslado tuvieron desconexiones temporales de monitorización, el 23.1% de pacientes que presentaron alto riesgo presentaron extracción accidental de vía venosa, mientras que el 33.3% de los pacientes con riesgo medio tuvieron bombas de perfusión de jeringa sin batería.

Según la prueba de chi cuadrado muestra que el nivel de riesgo y los eventos adversos prevenibles presentes en el traslado del paciente no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Se deduce que más de tres cuartas partes de pacientes que tuvieron bajo riesgo de traslado tuvieron desconexiones temporales de monitorización, menos de una cuarta parte que tuvieron alto riesgo presentaron extracción accidental de vía venosa, mientras que la tercera parte con riesgo medio tuvieron bombas de perfusión de jeringa sin batería. El nivel de riesgo y los eventos adversos prevenibles presentes en el traslado del paciente no presentan relación estadística significativa.

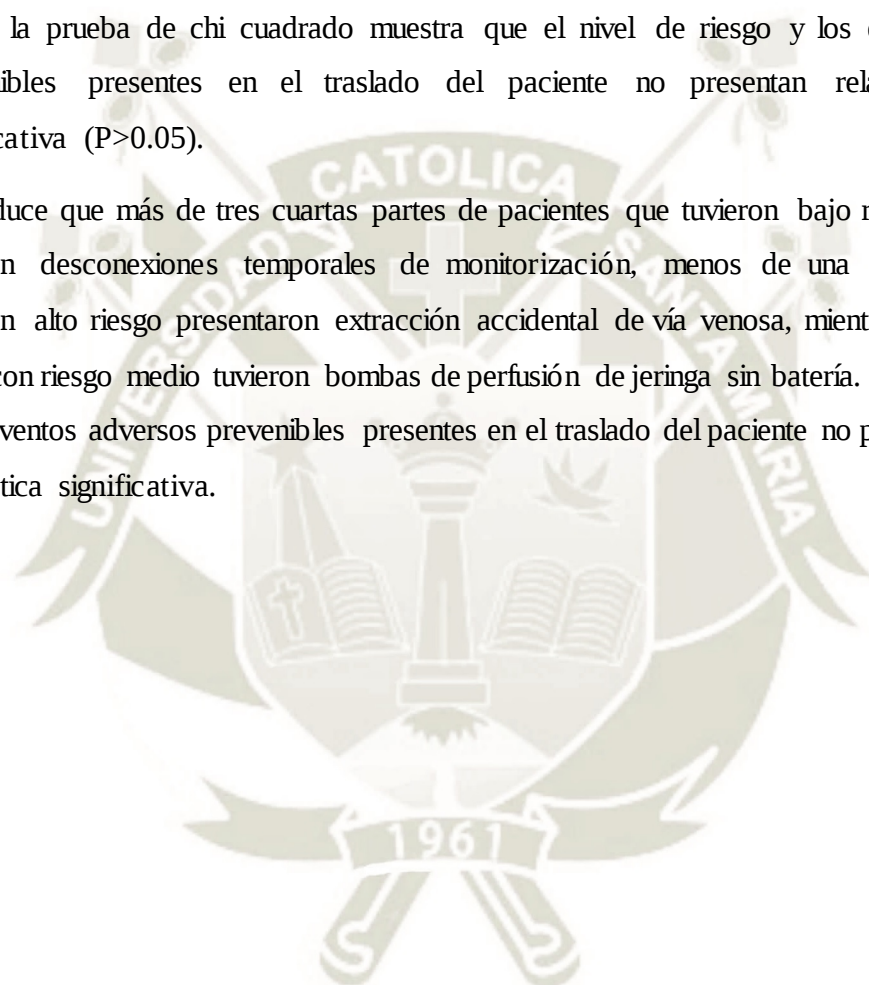
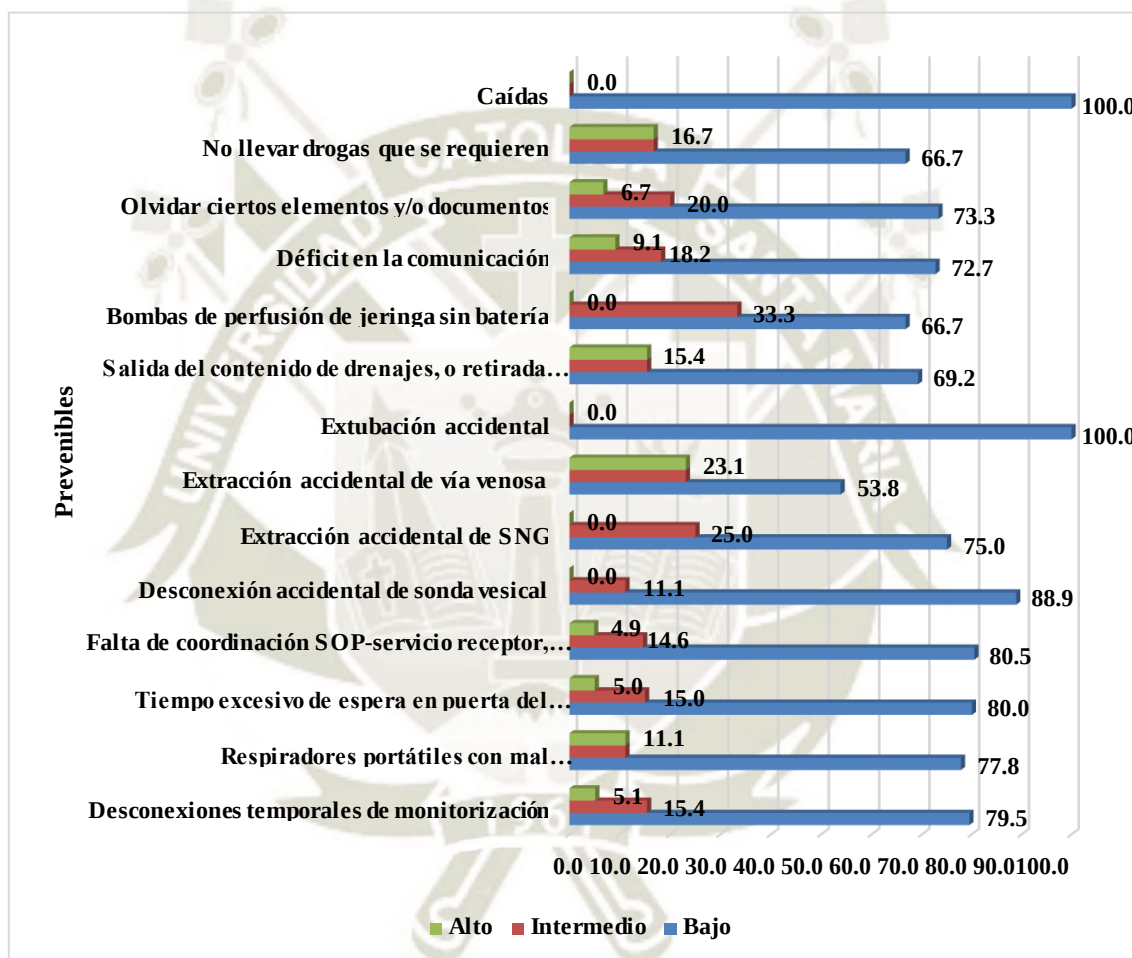


GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS
PREVENIBLES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N°. 11

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS
NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST
OPERADO INMEDIATO**

No Prevenibles	Riesgo de traslado						X ²	P
	Bajo		Intermedio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias - desaturaciones	28	80,0	12	14,3	5	5,7	0.09	0.95
Secreciones	23	74,2	6	19,4	2	6,5	0.70	0.70
Falla hemodinámica del paciente	31	73,8	8	19,0	3	7,1	1.22	0.54
Consecuencias de paciente poco sedado	6	66,7	3	33,3	0	0,0	3.02	0.22
Fuga en el sistema de oxigenoterapia	10	83,3	1	8,3	1	8,3	0.57	0.75
Cambio en el estado de la piel	0	0,0	0	0,0	1	100,0	14.99	0.00

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

La Tabla N°.11 muestra que el 100.0% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital II de Yanahuara que tuvieron alto riesgo de traslado presentaron cambio en el estado de la piel, el 83.3% de pacientes que presentaron bajo riesgo tuvieron fuga en el sistema de oxigenoterapia, mientras que el 33,3% de pacientes con riesgo intermedio tuvieron consecuencias del paciente poco sedado.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.99$) muestra que el nivel de riesgo y cambio en el estado de la piel presente en el traslado del paciente presentan relación estadística significativa ($P<0.05$), cabe resaltar que los demás eventos adversos no prevenibles no se relacionan con el riesgo de traslado.

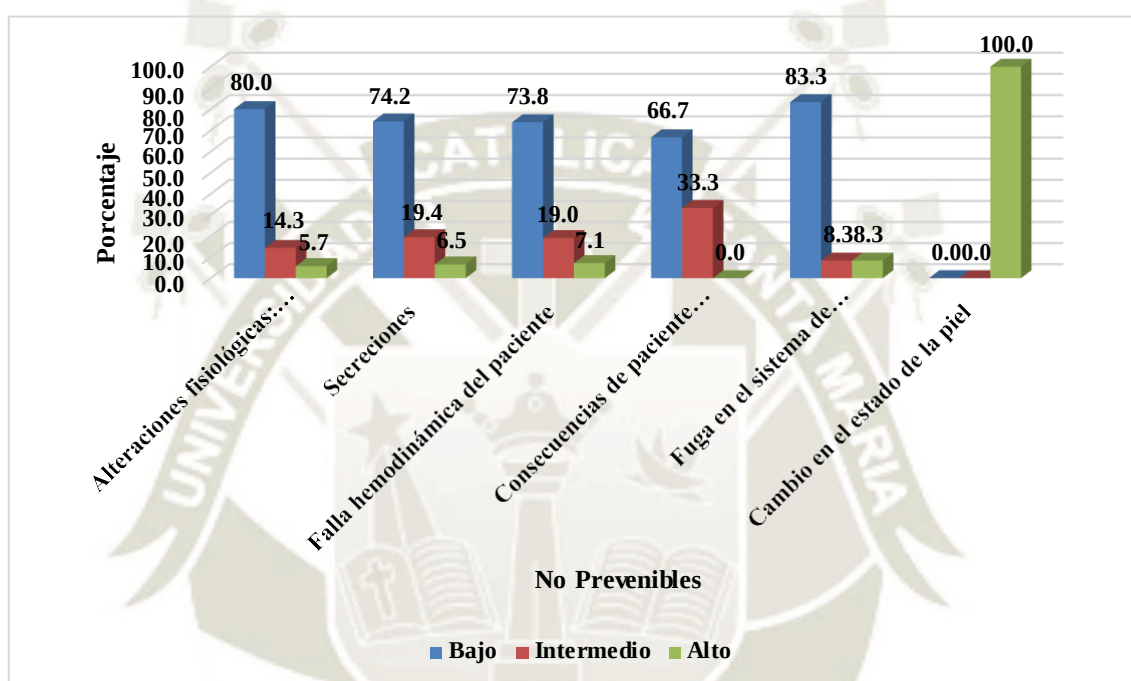
Se deduce que la totalidad de pacientes que tuvieron alto riesgo de traslado presentaron cambio en el estado de la piel, más de cuatro quintas partes que tuvieron bajo riesgo en el

traslado presentaron fuga en el sistema de oxigenoterapia y la tercera parte con riesgo intermedio tuvo consecuencias del paciente poco sedado. El nivel de riesgo y cambio en el estado de la piel presente en el estado del paciente presentan relación estadística significativa, y los demás eventos adversos no prevenibles no se relacionan con el riesgo de traslado.



GRÁFICO N° 8

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS
NO PREVENIBLES PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST
OPERADO INMEDIATO**



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

TABLA N°. 12

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS
CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST
OPERADO INMEDIATO**

Centinela	Riesgo de traslado						X ²	P
	Bajo		Intermedio		Alto			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Caídas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
Extubación accidental	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0.27	0.87
Falla hemodinámica del paciente	17	60,7	8	28,6	3	10,7	8.17	0.01
Parada Cardiorrespiratoria o arritmias con riesgo vital elevado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-

Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

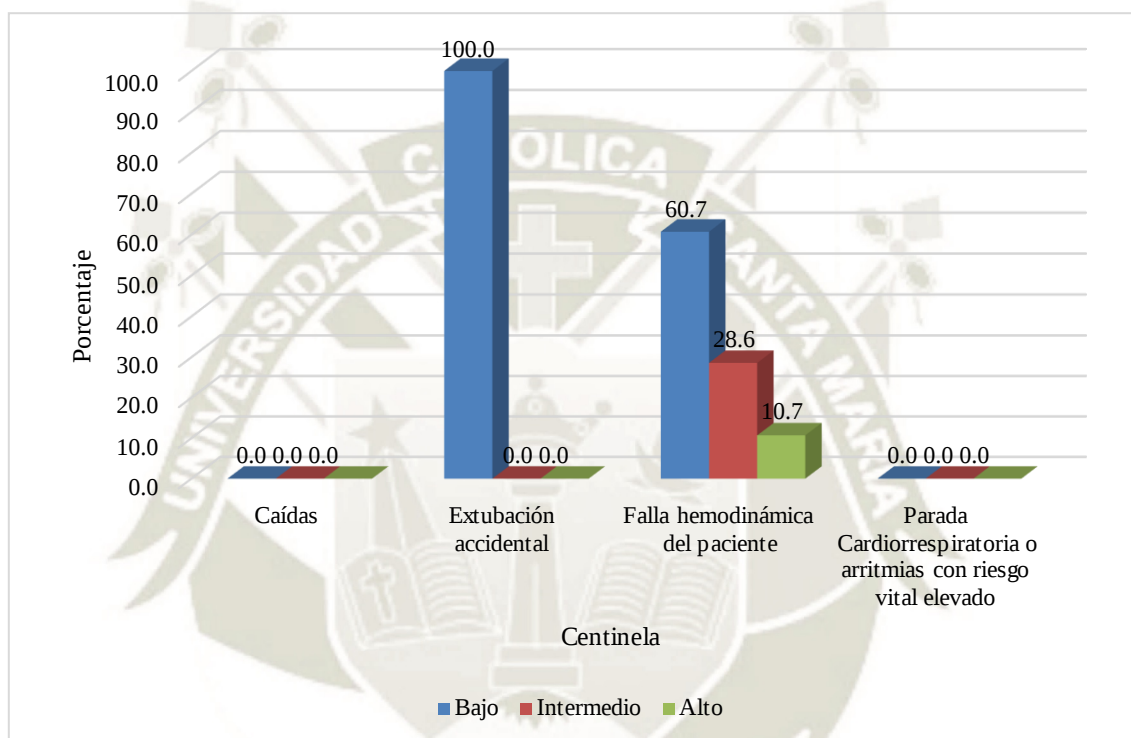
La Tabla N°. 12 muestra que el 100.0% de los pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico en el Hospital II de Yanahuara que tuvieron bajo riesgo de traslado presentaron extubación accidental, el 10.7% de pacientes con riesgo alto tuvieron falla hemodinámica.

Según la prueba de chi cuadrado muestra que el nivel de riesgo y los eventos adversos centinela presentes en el traslado del paciente no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Se deduce que la totalidad de pacientes post operados inmediatos trasladados de centro quirúrgico que tuvieron bajo riesgo de traslado presentaron extubación accidental, y más de la décima parte con riesgo alto tuvieron falla hemodinámica, el nivel de riesgo y los eventos adversos presentes en el traslado del paciente no presentan relación estadística significativa.

GRÁFICO N° 9

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO CON LOS EVENTOS ADVERSOS CENTINELA PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO



Fuente: Elaboración propia de la investigadora, Arequipa 2019.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El nivel de riesgo presente en el traslado del paciente post operado inmediato en el Hospital III de Yanahuara fue, en más de tres cuartas partes de bajo riesgo, cerca de una quinta parte riesgo intermedio y menos de la décima parte alto riesgo.

SEGUNDA: Los eventos adversos prevenibles más destacados fueron en más de la mitad la falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente, cerca de la mitad presentaron desconexiones temporales de monitorización. Los eventos adversos no prevenibles presentes en más de la mitad fueron falla hemodinámica del paciente, más de dos quintas partes alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias – desaturaciones. Los eventos adversos centinela presentes fueron más de la tercera parte falla hemodinámica del paciente.

TERCERA: La relación entre el nivel de riesgo del traslado con los eventos adversos prevenibles y centinelas no presentan relación estadística significativa, mientras que con el cambio del estado de la piel en el traslado del paciente como evento adverso no prevenible presentó relación estadística significativa.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A nivel de la Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico, fomentar y promover la capacitación del personal sobre los riesgos y eventos adversos en el traslado de pacientes.

SEGUNDA: Al equipo de salud de centro quirúrgico, realizar el traslado del paciente cumpliendo las técnicas y procedimientos necesarios principalmente de coordinación y comunicación con el servicio de recepción del paciente que es transportado a fin de prevenir los riesgos y evitar eventos adversos durante el traslado de pacientes.

TERCERA: A nivel de profesionales de Enfermería de Centro Quirúrgico, realizar trabajos de investigación que permitan evidenciar los riesgos y eventos adversos que se pueden presentar en todo tipo de traslado del paciente post operado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergara Olivares J M. y Cols. Transporte al Paciente Crítico. [En línea] Servicios de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Málaga. [Citado 7 abril 2019]. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/transpor.pdf
2. El Comercio Diario. EsSalud Mujer fallece tras sufrir caída de una camilla en el Hospital Sabogal. [En línea] Lima 27 abril 2018. [Citado 6 abril 2019] Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/essalud-mujer-fallece-sufrir-caida-camilla-hospital-sabogal-noticia-nndc-597206>
3. Montón A I. Condenado el hospital nueve de octubre. [En línea] Sentencia solidaria a la persona de paciente XX y en concepto de indemnización, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la caída desde una camilla mientras se encontraba anestesiado tras la realización de una prueba médica. Valencia 26 de setiembre 2017. [Citado 20 abril 2019] Disponible en: <http://www.accidentesvalencia.com/index.php/2017/09/26/condenado-el-hospital-nueve-de-octubre/>
4. Aparecida Carvalho P. y Cols. Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud. [En línea] Rev. Latino-Am. Enfermagem Brasil nov.-dic. 2015;23:1041-8 [citado 10 de abril 2019] Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf
5. Sebben Pasa T. y Cols. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. [En línea] Revista. Latino-Americana. Enfermagem. Brasil 2017 [Citado 6 abril 2019] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mcQ7hvXHnK8qj4Qg5XNB5Ys/?lang=es&format=pdf>
6. Benites Laurente T S. Ecurra Tapara J, Laguna Torres G V. Aplicación De Una Guía De Traslado Intrahospitalario En Paciente Critico Para La Prevención De Eventos Adversos De La Clínica Peruano Japonesa -2018.[Tesis enfermera especialista].Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.[En línea]. Lima 2018.[Citado febrero 2020]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4352/Aplicacion_BenitesLaurente_Tania.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Chávez López S. El concepto de riesgo. *Revista Recursos Naturales y Sociedad*, 2018. Vol. 4 (1): 32-5 [En línea] La Paz 2018 [Citado 01 octubre 2020] Disponible en: https://www.cibnor.gob.mx/revista-rns/pdfs/vol4num1/03_CONCEPTO.pdf
8. Organización Panamericana de la salud OPS. Evaluación de Riesgo.[En línea] Washington, DC, 27 2020- 2025[Citado 20 Setiembre 2020] Disponible en: <https://www.paho.org/es/deteccion-verificacion-evaluacion-riesgos-dve/evaluacion-riesgo>
9. Torralba Melero M. Transporte intrahospitalario del paciente crítico. Investigación Enfermería. Complejo Hospitalario Universidad Alvacete.[En línea] España 2015[Citado el 10 de Setiembre 2020] Disponible en: <https://docplayer.es/5286640-Transporte-intrahospitalario-del-paciente-critico.html>
10. Caparachin Gonzales E L, Henostroza Inga R M. Eventos Adversos Durante El Traslado Del Paciente Post operado Inmediato En Sala De Operaciones En La Clínica Stella Maris Lima, Perú, 2016.Universidad Peruana Cayetano Heredia.[Tesis Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico Especializado] [Citado 20 marzo 2019] Lima 2016.Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/651/Eventos%20adversos%20durante%20el%20traslado%20del%20paciente%20post%20operado%20inmediato%20en%20sala%20de%20operaciones%20en%20la%20Cl%C3%adnica%20Stella%20Maris%20Lima%2c%20Per%C3%ba%2c%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Márquez Flores E., García Torres S., Chávez Vinagre, J. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Capítulo 12.1 Transporte de pacientes en estado crítico.[En línea] España [Citado 20 enero 2020] Disponible En: <https://www.uninet.edu/tratado/c120101.html#1.5>
12. Ministerio de Salud. NTS N° 089- MINSA/DGSP-v.01 Norma técnica de salud para la atención anestesiológica.[En línea] Lima Perú 2011[Citado marzo 2020] Disponible en: http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MINSA/NORMAS/2011%20NTS%20N89%20%20RM-22%20ATENCION%20ANESTESIOLOGICA.pdf
13. Crespo Navarro M G. Finalización de la cirugía y traslado del paciente a la unidad correspondiente. CODEM Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid. 2016. [En línea] [Citado el 05/10/2020] Disponible en:

<https://enfermeriaenquirofano.wordpress.com/2015/04/16/finalizacion-de-la-cirugia-y-traslado-del-paciente-a-la-unidad-correspondiente/>

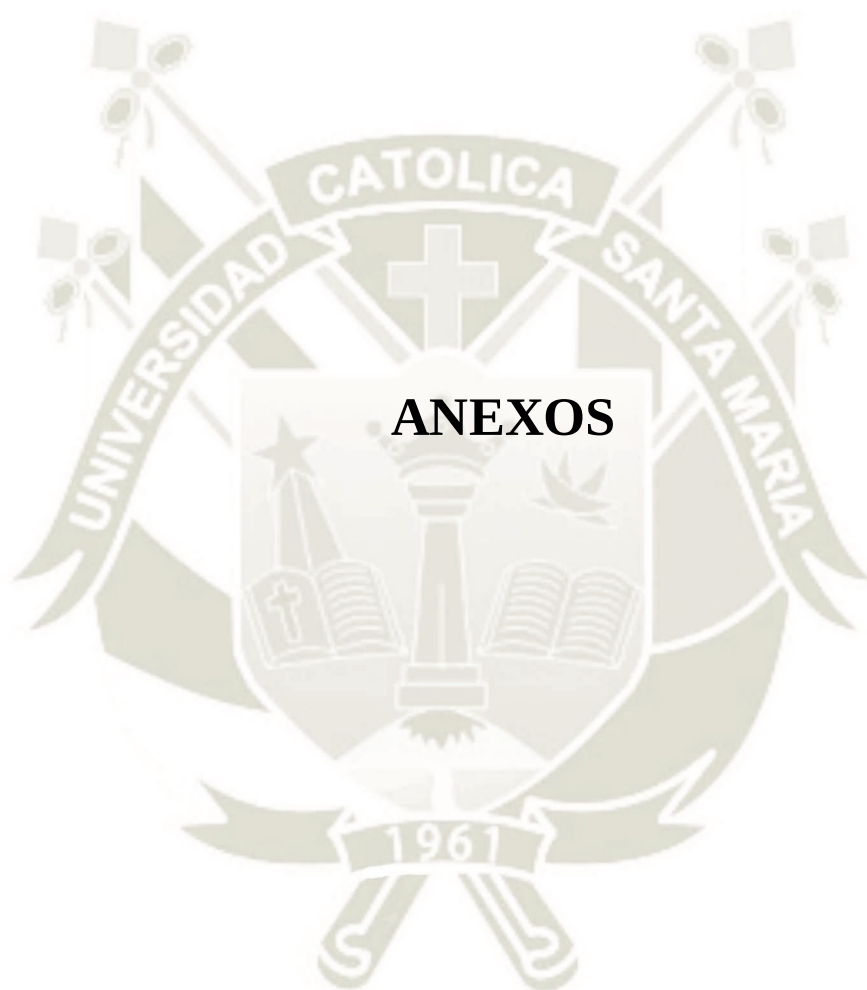
14. Ayala Mendoza C V. Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de las enfermeras de UCI de la Clínica Internacional –Sede Lima- 2015.[Tesis Especialista Enfermería Intensivista] Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea] 2015.[Citado Febrero 2020] Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5265/Ayala_mc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Páez Sánchez J I. Salas Sánchez M S. Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio inmediato de revascularización miocárdica a partir de los eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería.[Tesis Especialista Cuidado Crítico] Bogotá Pontificia Universidad Javeriana.[En línea] Colombia 2014 [Citado Febrero 2020] Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16621/SalasSanchezMariaSolangel2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Melgarejo Urendez A. Bernat Adell. Lorente Gargía P. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Hospital Universitario General de Castellón. *ELSEVIER Revista Enfermería Intensiva* . Vol. 25. Núm. 2.[En línea] España 2014 [Citado junio 2020] Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303>
17. Jimenez Ruiz J L, Rodríguez Franco H F. Agitación post anestésica en pacientes con ansiedad preoperatoria emergence delirium in patients with preoperative anxiety. [Tesis Título Especialista Epidemiología] Universidad de Rosario Bogotá. Marzo 2019.[En línea] Colombia [Citado enero 2010] Disponible en:
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19643/tesis%20pdf.pdf?sequence=4>
18. Ochagavía A, Baigorria F, Mesquidaa J, Ayuelab JM, Ferrándizc A., Garcíaa X, Monged MI, Mateuc L, Sabatiera C, Clau-Terrée F, Vichof L, Zapatag R, Maynarh J, Gild A. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española

- de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. *ELSEVIER Medicina Intensiva* Vol. 38. Núm. 3. Páginas 154-169 [En línea] España 2014. [Citado enero 2020] Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-hemodinamica-el-paciente-critico--articulo-S0210569113002234>
19. Berry Ch. Desaturación de oxígeno. Manual MSD. Versión para profesionales. Nov. 2020 .[En línea] USA [Citado enero 2020] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/abordaje-del-paciente-con-enfermedad-cr%C3%ADtica/desaturaci%C3%B3n-de-ox%C3%ADgeno>
 20. Murciasalud. Protocolización de los traslados intrahospitalarios de los pacientes. Factores de riesgo.[En línea] Región de Murcia 2015.[Citado marzo 2020] Disponible en: <https://www.murciasalud.es/preevid/20608#>
 21. Gonzales Merino P. Eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Implicación de enfermería.[Tesis de Grado en Enfermería].España: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería; 2017.[En línea] [Citado Enero 2020] Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFG-H931.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. Chambi Puma Y A, Villanueva Ramos G. Eficacia de las intervenciones de enfermería durante el transporte intrahospitalario del paciente crítico.[Tesis Especialista] Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener 2018.[En línea]. [Citado enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2163/TITULO%20-%20Yolanda%20Angelita%20Chambi%20Puma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Esquivel Cruz IP y Cols. Aparatos Electromédicos. [En línea] CUESA[Citado en Julio 2020] Disponible en: http://186.96.172.145:8081/claroline/claroline/backends/download.php?url=L0FBQXBhcmF0b3NfZWx1Y3Ryb21lZGljb3MucGRm&cidReset=true&cidReq=LE0845_002
 24. Material médico. Monitor multiparamétrico de signos vitales.[En línea] [Citado el 11/10/2020] Disponible en: <https://materialmedico.org/monitor-multiparametrico-signos-vitales/>
 25. Fernández Cantón, Sonia B. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente Boletín CONAMED OPS N°3. [En línea] México, 2015 [Citado 15/10/2020] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf

26. Rodríguez Rivera M, Sánchez Sánchez L M, Jiménez Chávez L C, Eventos adversos, centinela y cuasi fallas en el Servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel. *Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, vol. 37, núm. 2, [En línea]. Monterrey: Abril-junio 2017: 56-64 [Citado agosto 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2017/ei172e.pdf>
27. Anchury Saldaña D. y cols. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enferm.glob.(Murcia)*. [en línea]. 2016. [citado en agosto 2020]; vol.15 no.42 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011
28. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Salud. Seguridad del paciente Definiciones. Bogotá 2020. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Seg_paciente_definiciones.pdf
29. Rocco C. Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Teoría del error de Reason. *Revista Médica Clínica las Condes*. Volume 28, Issue 5, Setiembre–octubre 2017, Pág. 785-795. Disponible en: https://epharmia.elsevier.es/content/lascondes_28_05/files/assets/common/downloads/lascondes_28_03.pdf
30. Castro W. Auditores, Salud pública. Accidente aéreo en los Alpes franceses y el modelo de queso suizo de seguridad. [En línea]. Abril 2015. [Citado julio 2020]. Disponible en: <https://williamcastro.wordpress.com/2015/04/03/el-accidente-aereo-en-los-alpes-franceses-y-el-modelo-de-queso-suizo-de-seguridad/>
31. Vaca Aúz A J. y Cols. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. *Revista Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*-Vol. 1 No. 3 2016 (Jul-Sep.). Ecuador [En línea]. [Citado agosto 2020]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/751/744>
32. Bustamante Galarza K, Castro K, Cívico ME, Méndez E. Seguridad del paciente una visión global. Curso anual de auditoría médica del Hospital Alemán. [En línea]. Argentina 2016. [Citado julio 2021]. Disponible en:

- <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/La%20Seguridad%20del%20Paciente,%20una%20visi%C3%B3n%20global%202016.pdf>
33. Carrillo Algarra A J, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C M, Díaz Sánchez I R, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Revista electrónica trimestral de enfermería. Enfermería Global* N° 32 octubre 2013 Bogotá Colombia [En línea]. [Citado en Setiembre 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
 34. Garrido Piosa M. Práctica enfermera según la teoría de Patricia Benner: de principiante a experta. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com Artículos, casos clínicos, imágenes médicas* - ISSN 1886-8924[En línea]. [Citado en agosto 2020]. Disponible : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/teoria-patricia-benner-principiante-experta/>
 35. Arteaga Soto M P A. Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de San Agustín Arequipa 2020. [En línea]. [Citado Julio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11005/UParsoempa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 36. Valencia Sierra M E del R. Factores contribuyentes de los eventos adversos del paciente hospitalizado en medicina interna, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud. Cusco 2011 al 2015. [Tesis: Doctora en Ciencias: Salud Colectiva]. Universidad Nacional de San Agustín Arequipa 2019 [En línea] [Citado Julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10862/UPvasimer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 37. Agip Cabrejos A E. Osorio Astuquipan F M. Efecto de la Sobrecarga Laboral del Profesional de Enfermería en la Ocurrencia de Eventos Adversos En Pacientes Hospitalizados En la Unidad de Cuidados Intensivos. [Trabajo Académico para optar el Título de Especialista Enfermería Cuidados Intensivos] Universidad Privada Norbert Wiener Lima Perú 2019 [En línea]. [Citado Setiembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3195/TRABAJO%20ACAD%C3%89MICO%20Agip%20Alina%20-%20Osorio%20Fiorella.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

38. Valer Espinoza LM. Gavino Clemente JM. Niveles de riesgo y eventos adversos post quirúrgicos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2019. [Tesis Segunda Especialidad] Perú: Universidad Nacional del Callao 2019 [En línea].[Citado noviembre 2020]. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4321/VALER_GAVINO_FCS_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
39. Ramírez Iturra B. Febre N. Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado de pacientes. Cienc. Enfm. [en línea]. Concepción Chile 2015. vol.21, n.1, pp.35-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100004>
40. Moreno Millán E., Prieto Valderrey F. Escalas de valoración del riesgo para el transporte interhospitalario de pacientes críticos: ¿Índices de gravedad o de necesidad de soportes? *Revista de Medicina Intensiva* vo.34 N°1 versión impresa ISSN 0210-5691[En línea] [Citado en marzo 2019] Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100009
41. Laguna Vásquez G J. Factores de riesgo de eventos adversos en el traslado del paciente crítico asistido en la unidad médica de emergencia tipo-III de Lima, 2020.[Título Segunda Especialidad]. Lima: Escuela de Postgrado Universidad Peruana Unión, 2020.[en línea]. [citado en junio 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/PRO/Documents/Fac%20de%20Riesgo%20Sandra%20R%20Gera%20l_Trabajo_Especialidad_2020.pdf



ANEXOS



ANEXO 1



ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE DE CENTRO QUIRÚRGICO A SALA DE RECUPERACIÓN

FECHA:

HORA:

EDAD:

GÉNERO: M () F ()

CIRUGÍA REALIZADA:

.....

PESO:

TALLA:

DURACION DEL TRASLADO:.....

PRESENCIA DE MOVIMIENTOS BRUSCOS EN EL TRASLADO SI () NO ()

Vía aérea		Observación
No aislada	0	
TET o traqueotomía	1	
Soporte ventilatorio		
No	0	
Oxígeno suplementario	1	
Ventilación mecánica	2	
Monitorización electrocardiográfica		
No	0	
Necesaria	1	
Imprescindible	2	
Arritmias		
No	0	
Aisladas	1	
Frecuentes	2	
Glasgow		

15 puntos	0	
8 – 14 puntos	1	
< 8 puntos	2	
Soporte farmacológico		
No	0	
Anti arrítmicos	1	
Aminas	2	
Hemodinámica		
Estable	0	
Moderadamente estable (Volumen < 15 ml/min)	1	
Inestable (Requiere> 15 ml/min y/o inotrópicos y/o sangre)	2	
Vía Venosa		
No	0	
Si, Periférica y Única	1	
Si, Periférica Múltiple o Central	2	
Respiración		
10 – 24 Resp / Min	0	
25 – 35 Resp /Min	1	
<10, > 36, Irregular o apnea	2	
TOTAL :		

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

0-5 Transporte de bajo riesgo.

6-9 Transporte de riesgo intermedio.

> o igual 10 Transporte de alto riesgo

Fuente: Moreno et al., (2010) (40).

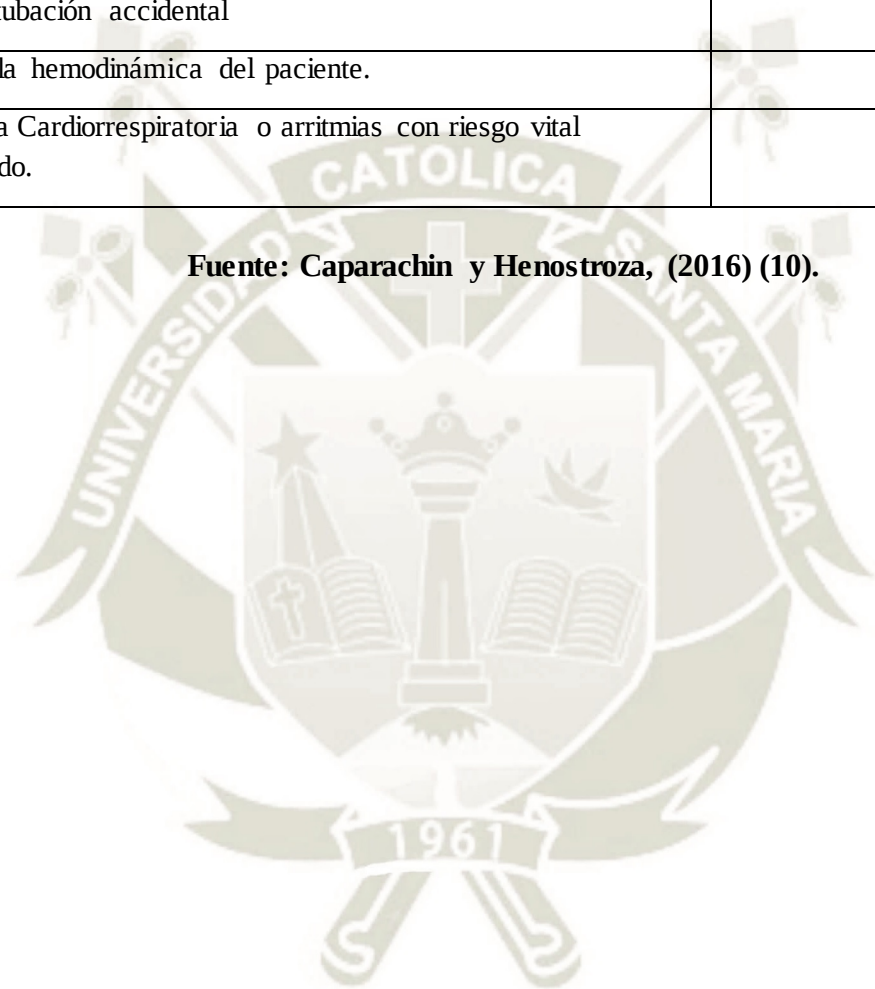
ANEXO 2

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO DE
PACIENTE DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA
AREQUIPA 2019**

EVENTOS ADVERSOS FRECUENTES EN EL TRASLADO	SI SE PRESENTO	NO SE PRESENTO
PREVENIBLES:		
Desconexiones temporales de monitorización (eckg, pulsioxímetro o, etc...)		
Respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de oxígeno vacía.		
3. Tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto, prolongación del tiempo de traslado		
Falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente.		
5. Desconexión accidental de sonda vesical.		
6. Extracción accidental de SNG		
7. Extracción accidental de vía venosa		
8. Extubación accidental.		
Salida del contenido de drenajes, o retirada accidental de los mismos		
10. Bombas de perfusión de jeringa sin batería.		
11. Olvidar ciertos elementos y/o documentos.		
12. Olvidar ciertos elementos y/o documentos.		
13. No llevar drogas que se requieren		
14. Caídas		
NO PREVENIBLES :		
1. Alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias- desaturaciones		
2. Secreciones		
3. Falla hemodinámica del paciente.		

4. Consecuencias de paciente poco sedado (movimiento, agitación, desadaptación a respirador, mordida del tot, hipertensión, etc...)		
5. Fuga en el sistema de oxigenoterapia.		
6. Cambio en el estado de la piel.		
CENTINELAS		
1. Caídas.		
2. Extubación accidental		
3. Falla hemodinámica del paciente.		
Parada Cardiorrespiratoria o arritmias con riesgo vital elevado.		

Fuente: Caparachin y Henostroza, (2016) (10).



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Otorgo mi consentimiento para participar en la investigación titulada: **RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RIESGO y EVENTOS ADVERSOS PRESENTES EN EL TRASLADO DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL III YANAHUARA AREQUIPA 2019**, realizada por la Lic. en Enfermería Sandra Rodríguez Miranda para fines de obtención del Título de Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico.

Declaro haber sido informado de la naturaleza, objetivos, fines y alcances de la presente investigación.

También declaro haber sido informado de mis derechos y obligaciones que como unidad de estudio me atañen, así como del respeto a los principios de beneficencia, anonimato y confidencialidad de la información, trato digno y justo, participación voluntaria y libre determinación.

Arequipa, _____ 2019.

FIRMA

DNI:

ANEXO 4
MATRIZ DE DATOS

ID	ED	GE	CI-RUG	PES	TAL	D. TRA	PRE SEN	R TRA	EV AD	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	PRE VE	NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6	N PREV	C1	C2	C3	C4	CEN TI
1	2	1	9	66	1,68	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
2	3	2	8	61	1,55	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
3	2	1	16	62	1,65	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
4	3	2	2	69	1,67	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
5	4	2	16	86	1,64	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	,00	,00	,00	,00	0
6	4	1	6	57	1,67	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
7	4	2	7	86	1,67	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	,00	,00	,00	,00	0
8	1	1	10	68	1,72	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1
9	4	1	16	93	1,70	2	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	,00	,00	1,00	,00	1
10	2	2	16	68	1,62	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
11	3	1	7	86	1,68	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
12	3	1	11	66	1,67	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	,00	,00	,00	,00	0
13	3	2	16	73	1,67	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
14	3	1	16	68	1,57	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
15	4	2	11	68	1,67	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
16	3	2	16	74	1,66	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
17	3	1	9	86	1,72	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
18	2	1	12	89	1,67	2	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
19	4	2	1	46	1,55	4	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1
20	3	1	16	48	1,77	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	1,00	,00	1
21	3	1	16	69	1,74	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0
22	4	2	16	72	1,67	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
23	1	2	5	75	1,55	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
24	4	1	6	81	1,67	3	1	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1

25	3	2	2	67	1,60	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
26	4	2	9	58	1,60	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0	
27	4	1	1	66	1,62	2	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
28	1	2	13	62	1,50	3	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
29	3	1	1	86	1,62	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	,00	,00	1,00	,00	1	
30	4	1	7	86	1,65	2	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	,00	,00	1,00	,00	1
31	1	2	9	69	1,64	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
32	3	2	16	66	1,58	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0	
33	4	1	1	69	1,63	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	,00	,00	1,00	,00	1
34	4	2	7	82	1,62	2	1	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
35	3	2	2	65	1,55	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
36	4	1	12	81	1,60	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	,00	,00	0	
37	1	1	10	66	1,67	3	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
38	1	1	16	76	1,72	2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
39	3	2	16	69	1,60	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
40	3	1	16	62	1,59	2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	,00	,00	,00	,00	0
41	2	1	16	55	1,63	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
42	4	2	16	74	1,78	3	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0
43	3	2	2	72	1,65	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
44	3	2	2	79	1,65	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00	1,00	,00	1	
45	1	2	16	68	1,55	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
46	2	1	14	45	1,45	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
47	2	1	15	42	1,30	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
48	1	2	5	82	1,61	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
49	1	1	15	38	1,30	3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	
50	3	1	3	63	1,65	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
51	3	1	16	86	1,67	3	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	,00	,00	,00	,00	0	
52	1	1	14	32	1,30	3	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	,00	,00	1,00	,00	1	

