A picture containing drawing

Description automatically generated

**MAPA CONCEPUAL**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Velazquez Vazquez Cecilia Jhaile**

**TEMA: TRASLADO HOSPITARALIO**

**PARCIAL: 2° MATERIA: Práctica Clínica de Enfermería II**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo**

**LICENCIATURA: Enfermería General**

**CUATRIMESTRE: 7° “Escolarizado”**

*Frontera Comalapa Chiapas, 16 octubre del 2021*

¿Qué ES?

TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

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

Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

Objetivo

Elaborar un protocolo que unifique criterios en la unidad de críticos y garantice los cuidados de enfermería durante el traslado del paciente y nos ayude a detectar y resolver las posibles complicaciones durante el mismo

Una adecuada planificación y protocolización para evitar la aparición de complicaciones que aumenten la morbimortalidad del enfermo:

* Estabilización previa del enfermo
* Valoración de peligros potenciales y necesidades individuales
* Monitorización
* Preparación del material
* Vigilancia clínica y tratamiento instaurado en UCI

A la hora de realizar un protocolo de transporte deberíamos de tener en cuenta la patología del paciente a trasladar, las necesidades de monitorización y el soporte terapéutico. Se podrían diferenciar tres grupos de pacientes:

Grupo I: Pacientes hemodinámicamente estables, que sólo necesitan monitorización básica (TA, FC, Sat. O2 y FR).

Grupo II: Pacientes inestables con monitorización invasiva y pefusión de aminas de soporte.

Grupo III: Pacientes que además de lo anterior dependen de ventilación mecánica.

FASES DEL TRANSPORTE

1. son enfermos conocidos por el personal de UCI
2. el tiempo del traslado en menor, lo que disminuye los riesgos y

c) existe una mayor capacidad de intervención y rapidez terapéutica al no salir del propio hospital.

La puesta en marcha del transporte intrahospitalario es muy similar a la del interhospitalario aunque con algunas diferencias

Existen tres fases en la realización de un transporte intrahospitalario

- Determinar el personal que participará en el traslado y sus funciones (enfermera, médico, auxiliar de enfermería, celador,…)

- Informar del procedimiento y su utilidad al paciente si está consciente, e incluso entregarle consentimiento informado. De no ser así, contactar con la familia si no se trata de una intervención urgente.

- Identificar adecuadamente al paciente, si es posible con pulseras.

- Si el paciente requiere movilizarse en el lugar de destino, por ejemplo para pasar a la mesa de TAC, es conveniente colocar bajo el enfermo sábanas o “rodillo” que facilite su movilización.

- Confirmar con el médico las perfusiones, medicación, etc., que se van a mantener o necesitar durante el traslado y suspender o salinizar aquellas que no sean imprescindibles hasta que se regrese a la unidad.

- Retirar medidas de presión como PVC, PIA, PIC, etc.

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

- Si el paciente estuviera con NTE, suspender y dejar SNG a bolsa.

1: fase de preparación previa

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

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

- Revisar mochila de transporte.

- Vigilancia de constantes por la enfermera e intentar documentar claramente en la historia el estado del paciente durante el traslado y medicación administrada.

- Supervisar el paso por las puertas (ascensor, salida y entrada del servicio, etc.) para evitar desconexiones accidentales.

- Preparar al paciente para el paso a la camilla de diagnóstico y coordinar el momento de dicho paso por la enfermera o el médico de UCI que controlará cabeza.

- Conectar el respirador portátil o la mascarilla de oxigeno a una toma de pared para evitar el agotamiento de oxigeno durante la prueba.

- Colocar el monitor y el respirador en un lugar visible y si es posible conectarlo a la corriente para evitar consumo de baterías.

- Revisar la colocación del tubo endotraqueal, vías, drenajes, tubuladura del respirador, etc. para que en la prueba no hayan desconexiones. - Valorar la necesidad de sedorelajación y aspiración de secreciones durante el procedimiento.

- Si en paciente está consciente tranquilizarle explicándole lo que se le hará en todo momento.

- Ante la sospecha de complicaciones, se comentará con el intensivista que valorará suspender la prueba o tomar medidas oportunas.

- Al terminar la prueba pasar al paciente de nuevo a su cama con las mismas precauciones anteriores.

2: Fase de transporte

Transporte intrahospitalario del paciente crítico

- Colocar el aparataje adecuadamente y recoger aquellos utensilios que trasportamos con el paciente (mochila de transporte, balón de resucitación, historia médica.

- Recepción del paciente por parte del personal encargado en UCI (auxiliar de enfermería, celador,...)

- Monitorización del paciente con monitoreo central y conexión al respirador o al caudalímetro con los parámetros anteriores o los que indique el médico responsable.

- Volver a conectar al paciente a las medidas de presiones que tuviera (PVC, PIC, PIA,...) y drenajes con aspiración tipo pleur-evac®.

- Reinstaurar las perfusiones de las que prescindimos a la hora de realizar el traslado.

- Toma de constantes a la llegada al servicio. - Reiniciar nutrición enteral suspendida para el traslado.

- Revisar vías, tubo orotraqueal, sonda vesical que no esté pinzada, drenajes, etc.

- Anotar en gráfica hora de salida y regreso a la unidad, procedimiento realizado, medicación administrada, incidencias que hayan surgido, etc.

- Retirar sábanas sobrantes dejando al paciente en una cama limpia y lo más cómodo posible.

- Reponer material utilizado de la mochila de transporte para el siguiente traslado.

- Limpiar y colocar el equipo utilizado sin olvidarnos de conectarlo a la red para su carga de batería.

- Comprobar bala de oxigeno y si está agotada realizar pedido para el próximo traslado.

3: Fase de regreso y estabilización en la unidad

Todo traslado de pacientes está expuesto a posibles complicaciones e imprevistos durante el mismo. Los riesgos a los que se somete el paciente durante su traslado pueden ser minimizados gracias a la planificación, el uso de un equipo cualificado y la utilización de material adecuado en cada circunstancia.

COMPLICACIONES

* Cardiovasculares: Arritmias, alteraciones de la presión arterial por discontinuidad en la infusión de forma accidental o por cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria como resultado de la ansiedad, dolor o mala sedación.
* 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 debemos prestar el máximo cuidado en ellos.
* Neurológicos: El transporte intrahospitalario de pacientes con traumatismo craneal se hace más importante durante su fase inicial, especialmente en el trayecto desde urgencias a la sala de radiología y el traslado desde urgencias a UCI o quirófano.

• Acodamiento u obstrucción de las tubuladuras del respirador.

• Fallo en el equipo de monitorización y dispositivos utilizados en el transporte.

• Agotamiento de baterías en el monitor, respirador o bombas de infusión.

• Agotamiento de la bala de oxígeno.

• Desconexiones accidentales de catéteres, drenajes, vías centrales, tubo orotraqueal, sondas vesicales, etc.

• Esperas en hall, ascensores o sala de radiología.

• Agotamiento de perfusiones de aminas drogodependientes.

algunos de los imprevistos y consideraciones especiales

EQUIPO DE TRANSPORTE

- Resonancia Magnética, en la que se debe de evitar la entrada de metales en la sala (pulseras, anillos, relojes, gafas, etc.), tanto del paciente como del propio personal, y tener en cuenta de que no sean portadores de marcapasos transcutáneos o válvulas cardiacas metálicas. En pacientes con ventilación mecánica deberemos de conectarlos al respirador que está situado en la propia sala.

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

* Monitor de transporte

• Monitor Dräger Infinity® Gamma XL

• Monitor Hewlett-Packard® M1275A

* Respirador de transporte

• Dräger Oxylog® 3000

Transporte intrahopitalario del paciente crítico

• Air Liquid Osiris®

* Botella oxigeno: Tenemos que tener la precaución de antes de iniciar el traslado comprobar la capacidad y autonomía de la botella de oxigeno, para ello, el manómetro nos indica la presión en bares de la botella y muchas de ellas tienen impresa una tabla que según el fabricante nos relaciona la autonomía en horas/minutos de la botella, con los bares que marca y el flujo a suministrar al paciente. Hay diferentes formatos de botella según capacidad.
* Monitor desfibrilador

• Hewlett Packard® Codemaster XL (Monofásico)

• Philips® HeartStart XL (Bifásico)