

Premio al mejor póster presentado en el XXXV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Murcia del 7 al 9 de mayo de 2014.

# PROTOCOLO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CARDÍACO CRÍTICO

Autoras: Pérez Taboada MA, Roca Canzobre S, Pereira Ferreiro A, Rossi López M, Seoane Pardo N,



## INTRODUCCIÓN

El traslado intrahospitalario de pacientes cardíacos críticos es el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, lo que conlleva riesgos para el paciente y la aparición de posibles eventos adversos.

## CLASIFICACIÓN:

**Tipo I:** Enfermos hemodinámicamente estables con monitorización básica.

**Tipo II:** Enfermos sometidos a ventilación mecánica.

**Tipo III:** Enfermos inestables con monitorización invasiva y perfusión de drogas vasoactivas.

**Tipo IV:** Enfermos inestables con monitorización invasiva, perfusión de aminas y en ventilación mecánica. Indicaciones del traslado: Realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas que no pueden ser realizadas en la unidad (TAC, RMN, angiografías, intervenciones quirúrgicas...).

## OBJETIVO

-Elaborar un protocolo que unifique criterios en la unidad y garantice los cuidados y asistencia durante el traslado del paciente ayudándonos a detectar y resolver los posibles eventos adversos que puedan surgir durante el mismo.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (Medline, Dialnet...) contrastando los hallazgos encontrados con los protocolos existentes en nuestra unidad, en relación con el traslado de pacientes críticos.

## MATERIAL PARA EL TRASLADO

-Monitor de transporte



-Desfibrilador (en caso de paciente susceptible de sufrir arritmias)



-Respirador portátil



-Balón de resucitación (ambú) montado y con alargadera



-Batea de traslado: 1 expansor de plasma y un sistema, adrenalina 1mg/ml (3), atropina 1mg/ml (3), midazolam 15mg/3ml (2), propofol 100mg/20ml (2), ampollas de suero (2).

Laringo y pala (1), guía, TOT, venda de algodón, lubricante. Aguja iv (4), jeringas 2cc (2), jeringas 5cc (2), jeringas 20cc (1).



DURANTE EL TRASLADO EL PACIENTE DEBE TENER LOS MISMOS CUIDADOS, GARANTÍAS Y SEGURIDAD QUE EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS.

## COMPLICACIONES:

### 1-Cardiovasculares

Hipotensión o hipertensión grave, arritmias, parada cardíaca, muerte.

### 2-Alteraciones respiratorias

Hipoxemia, broncoespasmo, neumotórax, extubación, intubación selectiva, enfermo desacoplado.

### 3-Neurológicas

Agitación, bajo nivel de consciencia, hipertensión endocraneal.

### 4-Hipotermia

5-Relacionado con los equipos  
Fallo suministro eléctrico o de oxígeno.

### 6-Eventos adversos

-Acodamiento u obstrucción de las tubuladuras.  
-Fallo de equipo o baterías  
-Desconexión accidental de catéteres, sondas, drenajes, vías, tubo orotraqueal.  
-Esperas innecesarias..  
-Finalización de perfusión.  
-Error de identificación.  
-Tratamiento inadecuado.

## ETAPAS DEL TRASLADO

### 1.ª ETAPAPREPARACIÓN PREVIA AL TRASLADO

- Determinar el personal que participará en el traslado.
- En pacientes tipo III y IV el traslado con médico, enfermera y celador.
- En pacientes tipo I y II el traslado con celador y enfermera.
- Informar del procedimiento y verificar identificación.
- Establecer sedación, analgesia o relajación necesaria.
- Retirar medicaciones, sueros e infusiones prescindibles.
- Reposición de aminas vasoactivas si perfusión.
- Suspender nutrición enteral y parenteral (SG10%).
- Revisar las fijaciones, tubos, vías y drenajes. Pinzar sonda vesical.
- Preparar batea de traslado.
- Comprobar niveles de batería y funcionamiento de respirador portátil, desfibrilador, monitor de traslado, bombas...
- Montar ambú y comprobar funcionamiento.
- Cerrar los sistemas de drenaje, en los *Pleur - evac* desconectar aspiración sin pinzar.
- Tapar al enfermo, evitar cambios de temperatura y preservar su intimidad.
- Adjuntar historia clínica.
- Confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para recibir al enfermo.
- En el momento de iniciar el traslado se monitorizará al paciente y se conectará al respirador portátil.



## ENFERMOS EN AISLAMIENTO

- Avisar al servicio receptor del tipo de aislamiento
- Utilización de bata, mascarilla, guantes



## ENFERMOS CON DISPOSITIVOS ESPECIALES

### -Marcapasos.

Evitar la entrada en RMN salvo marcapasos compatibles



### -Balón de contrapulsación.

Se cambiará la fuente de monitorización externa por la directa



### -Hipotermia.

Suspendemos la terapia para el traslado, se purgarán las almohadillas y se desconectarán de la consola sin retirárselas al enfermo



### -Oxigenador por membrana extracorpórea (ECMO).

No se interrumpirá la terapia. Se llevará la consola y el oxigenador sin carro ni calentador. Conectaremos el oxigenador directamente a bala de oxígeno, desconectando la tubuladura del mezclador, fijando el flujo de la bala de oxígeno como el teníamos en el caudalímetro. No emplearemos aire medicinal



### -Oxido nítrico

En caso de disponer de un aparato de oxido nítrico de portátil no interrumpiremos la terapia



### 2.ª ETAPATRASLADO

-Antes del traslado, la auxiliar responsable del enfermo comprobará que los pasillos estén libres y bloqueará el ascensor.

-La enfermera vigilará las constantes y funcionamiento de los dispositivos que porte el paciente.

-Supervisar el paso por zonas de riesgo para evitar desconexiones accidentales tales como ascensores, puertas, esquinas....

-Si el paciente está consciente se le tranquilizará durante el trayecto.

### 3.ª ETAPA LLEGADA AL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO VS TTO

-Conectar el respirador portátil a la toma de oxígeno de pared.

-Informar a la enfermera del servicio receptor de los dispositivos y perfusiones que porta.

-Revisar TOT, vías, drenajes... durante el procedimiento.



### 4.ª ETAPAREGRESO A LA UNIDAD

-Recepción del paciente por el personal de la UCI.

-Monitorización central del paciente.

-Conectar los drenajes con aspiración a la toma de vacío.

-Reinstaurar las infusiones y perfusiones de las que prescindimos.

-Reiniciar nutrición enteral y/o parenteral.

-Revisión de vías, tubo endotraqueal, sondas, drenajes (proceder a despinzar).

-Limpiar, guardar y conectar a la red los equipos

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

-El traslado del paciente cardíaco crítico en numerosas ocasiones resulta inevitable, debido a la gran cantidad de pruebas tanto diagnósticas como terapéuticas que no pueden ser llevadas a cabo en el servicio de críticos tales como cateterismos, colocación de marcapasos, TAC, cirugías cardíacas... por ello resulta imprescindible contar con una guía actualizada para los desplazamientos de este tipo de enfermos.

-La existencia de un protocolo que unifique criterios a la hora de trasladar a un paciente facilita el trabajo de todos los profesionales aportando uniformidad en los traslados; asimismo ayuda a garantizar la seguridad del paciente aportando unos cuidados de calidad en todo momento, reduciendo o incluso evitando la aparición de posibles complicaciones o eventos adversos.

-Es importante tener en consideración las particularidades y dispositivos del paciente a trasladar para planificar tanto el material para su traslado como los problemas que pueden que pueden derivar de los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

(1)Tratado de enfermos críticos: protocolos de transporte secundario y primario. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud 2001. ISBN 84-8486-017-5  
(2) Rapid response team. 2006. Jan (revised 2011 Jul). NGC-00865 Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization (3) Transportation of patients with acute traumatic cervical spine injuries. In: Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries. 2013 Mar. NGC-00913 American Association of Neurological Surgeons - Medical Specialty Society, Congress of Neurological Surgeons - Professional Association (4) Patients admitted to Australian intensive care units: impact of remoteness and distance travelled on patient outcome. Crit Care Resusc. 2012 Dec;14(4):256-61 Faboaris A, Ibert GK, Michals A.