

**HOSPITAL III GOYENECHÉ**



**GUÍA DE TRASLADO  
INTRAHOSPITALARIO**

**SERVICIO DE EMERGENCIA**

**2015**

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

### **GUÍA TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIO**



1. DEFINICIÓN	2
2. POBLACIÓN DIANA	2
3. OBJETIVO	2
4. PERSONAL	2
5. PREPARACIÓN DEL PACIENTE	3
6. MATERIAL	3
7. PROCEDIMIENTO	4
8. PROBLEMAS POTENCIALES	6
9. PUNTOS A REFORZAR	9
10. INDICADORES DE EVALUACIÓN	9
11. REGISTROS	9
12. DIFICULTADES DE TRASLADO EN HOSPITAL GOYENECHE	10




<b>ANEXOS</b>	<b>11</b>
---------------	-----------




**GUÍA DE TRANSPORTE  
INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO**

**INTRODUCCIÓN**




Aunque el desarrollo tecnológico de los últimos años ha permitido una gran autonomía de trabajo dentro del área de emergencia, la misma sofisticación de las nuevas tecnologías hace que muchos medios diagnósticos no puedan ser trasladados hasta la propia cama del paciente y por tanto siga siendo necesario el transporte de pacientes en estado crítico, especialmente para la realización de pruebas diagnósticas.



El transporte intrahospitalario de pacientes críticos, definido como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, puede originarse desde distintas áreas del mismo. Aunque con mayor frecuencia son los pacientes ingresados en UCI y emergencia los que suelen ser movilizados por distintos motivos fuera de la Unidad, también debemos considerar el transporte que de este tipo de pacientes se origina desde urgencias y quirófano hasta la propia UCI.

Uno de los retos más importantes de la movilización de pacientes en estado crítico es la gran diversidad de patologías que se pueden trasladar y la variabilidad clínica que pueden presentar los pacientes a trasladar. De esta forma, dado que este procedimiento no es inocuo ni falto de complicaciones, es necesario antes de indicar la realización de un procedimiento que lleve implícito un desplazamiento de un paciente, el valorar el beneficio a obtener y el riesgo que conlleva el traslado para el paciente.



Por ello, el servicio de emergencia del Hospital Goyeneche debe tener una guía de traslado de pacientes intrahospitalaria, que permita brindar una atención oportuna y de calidad.

## TRANSPORTE

### INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO



#### DEFINICIÓN:

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

Este proceso se desarrolla a lo largo de tres etapas diferentes:



Fase de preparación: Prepararemos al paciente antes de iniciar su traslado.

Fase de transporte: Consiste en el traslado propiamente dicho.

Fase de regreso y estabilización: Llegada a la unidad del paciente, colocación y estabilización del mismo.

#### 2.- POBLACIÓN DIANA:

El TI se destina a aquellos pacientes que precisan salir de una unidad en la que están recibiendo cuidados críticos, para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama.

Los criterios de exclusión de estos pacientes serían:



Inestabilidad clínica que no permitiese su movimiento fuera de la unidad.

La negativa del propio paciente o su familiar (en el caso de que se precise autorización) a la realización de este traslado y/o a las pruebas diagnósticas o terapéuticas que lo requieran.

#### 3.- OBJETIVO:

Lo que se pretende es unificar criterios en estas unidades que prestan cuidados críticos, para que todos los TI se realicen siguiendo unas mismas normas de seguridad para el paciente y así garantizar los cuidados durante el traslado, registrando los posibles incidentes en el mismo para encontrar soluciones.

#### 4.- PERSONAL:

El personal facultativo de la unidad será responsable de la petición y realización de ese TI, siempre bajo criterios médicos. En todo traslado participará además enfermera/o responsable del paciente, auxiliar de enfermería, celador y limpiadora (según en qué casos)

## 5.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

Este apartado se desarrollará más adelante dentro del punto de procedimiento y descripción secuencial de las acciones necesarias para su realización, ya que la preparación del paciente se encuentra dentro de una de las tres fases de las que consta un TI.



### MATERIAL:

Dada la variabilidad y modelos diferentes de material de electro medicina que existe en el HOSPITAL GOYENCHE (monitores, respiradores, bombas, etc.), exponemos a modo de ejemplo los que actualmente existen en el área de Emergencia del Hospital. Para realizar un TI del paciente crítico, cada unidad hospitalaria manejará los que actualmente disponen y están acostumbrados a manejar.



- Monitor de transporte Philips
- Respirador de transporte
- Botella oxígeno
- Monitor desfibrilador
- Pulsioxímetro portátil



- Mochila de transporte: Sería conveniente que cada servicio disponga de una mochila con el material y la medicación necesaria para resolver complicaciones durante el traslado (extubación, neumotórax, canalización de vía, parada cardio-respiratoria, etc.).

Cánula Portex Válvula Heimlich  
Guantes estériles  
Paño estéril  
Conexión bicónica  
Catéter Venoso Central  
Balón resucitación + Reservorio+  
Mascarillas  
Alargadera oxígeno  
Guedel varios tamaños  
Yankauer  
Humidificador  
Sonda nasogástrica  
Lubricante  
Bolsa Colectora  
Jeringa cono ancho

Fonendoscopio  
Sonda vesical  
Bolsa colectora  
Tubos orotraqueales varios tamaños  
Fiador tubo  
Venda de algodón  
Mango laringoscopio y palas Swivel  
Abbocath(Nº 20, 18, 16, 14)  
Válvula antireflujo  
Agujas Tapones y llaves tres pasos  
Jeringas  
Suero fisiológico 100cc  
Apósitos Compresores  
Hoja bisturí  
Fentanilo 150ug/3ml

Mepivacaína 10%/10ml  
Propofol 1%/20ml  
Midazolam 50mg/10ml  
Midazolam 5mg/3ml  
Flumazenilo 0,5mg/5cc

Atropina 1mg/1ml  
Adrenalina 1mg/1ml  
Vecuronio 10mg  
Hidrocortisona 100mg



- Motor y colchón de aire alternante antiescaras: En algunas unidades de críticos las camas están dotadas con colchones antiescaras de aire alternante en celdas. En UCI disponemos de tres modelos de colchones y motor de aire. Debemos de tener en cuenta que a la hora de realizar un traslado debemos desconectar el motor del colchón (puesto que durante el traslado no es necesario) y tapar los correspondientes latiguillos (con su correspondiente tapón o según motor unir los dos latiguillos) para evitar la fuga de aire y que el colchón se deshinche.



#### 7.- PROCEDIMIENTO:

La puesta en marcha del TI es muy similar a la de un interhospitalario (entre dos hospitales) aunque con algunas diferencias:

- a) Son enfermos conocidos por el personal de que trabaja en la unidad.
- b) El tiempo del traslado es menor, lo que disminuye los riesgos y
- c) Existe una mayor capacidad de intervención y rapidez terapéutica al no salir del propio hospital.

*Existen tres fases en la realización de un TI: fase de preparación previa, transporte y regreso/estabilización a la unidad.*

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

- Informar del procedimiento y su utilidad al paciente si está consciente, e incluso entregarle consentimiento informado de la prueba que se va a realizar. De no ser así, contactar con la familia si no se trata de una intervención urgente.
- Verificar que el paciente lleva colocada la pulsera identificativa con su nombre.
- Si el paciente requiere moverse en el lugar de destino, por ejemplo para pasar a la mesa de TAC, es conveniente colocar bajo el enfermo sábanas o "rodillo" que facilite su movilización.
- Confirmar con el facultativo las perfusiones, medicación, etc., que se van a mantener o necesitar durante el traslado y suspender o salinizar aquellas que no sean imprescindibles hasta que se regrese a la unidad. En el caso de que el paciente sea dependiente de drogas



vasoactivas y en las perfusiones tenga poco volumen, se realizará el cambio de esa perfusión con antelación al traslado para evitar imprevistos durante el mismo.

- En la medida de lo posible intentar llevar sueros de plástico y no de vidrio para evitar caídas, roturas y accidentes.
- Retirar medidas de presión como presión venosa central, presión intraabdominal, presión intracraneal, etc.
- Intentar colocar todas las bombas de infusión y sueros en un mismo soporte, a poder ser acoplado a la cama.
- Si el paciente estuviera con nutrición enteral, suspender y dejar sonda nasogástrica a bolsa.
- En pacientes con nutrición parenteral retirar para el traslado y dejar un suero glucosado 5% o según pauta médica. Mantener la conexión de la nutrición parenteral lo más aséptica posible, poniendo en su conexión una aguja y ésta cubierta por una gasa impregnada en clorhexidina.
- Proteger al paciente de cambios de la temperatura tapándole con una sábana.
- Importante para la enfermera revisar las fijaciones de vías, tubo endotraqueal, drenajes, etc., para evitar retiradas accidentales durante su transporte.
- Revisar mochila de transporte. - Comprobar el estado y autonomía del material necesario (cargas de baterías, bala de O2, nivel de llenado de bolsas de orina y drenajes, perfusiones,...)
- Comprobar el ciclado del respirador y llevar siempre balón de resucitación con mascarilla para posibles extubaciones o complicaciones con el respirador.
- Comprobar funcionamiento del monitor, fijar los límites de alarmas y calibrar transductores de presión arterial.
- Cerrar y sellar aquellos sistemas de drenaje de los que podamos prescindir. En pacientes con drenajes con aspiración tipo Pleur-evac® no es necesario pinzar el tubo, basta con desconectar la aspiración o incluso si es menos molesto colocar válvula de Heimlich.
- Como norma y siguiendo las indicaciones del protocolo de prevención de infecciones urinarias, se pinzará la sonda el mínimo tiempo necesario (por ejemplo al pasar al paciente de una cama a otra) y siempre que se pueda llevaremos los colectores de orina fijados a la cama, nunca encima.
- En pacientes intubados una actuación de enfermería sería aspirar secreciones antes de iniciar su traslado para evitar complicaciones por acumulo de secreciones.
- Anotar constantes previas al traslado para poder valorar posteriormente la repercusión de éste sobre el paciente.
- Si no hay disponible monitor de transporte utilizar medios alternativos para el control hemodinámico del paciente, pulsioxímetro, esfigomanómetro, fonendoscopio, etc.
- Realizar informe de cuidados de enfermería o alta si el paciente requiere trasladarse a otro centro
- Acompañar con el enfermo la historia clínica y pruebas diagnósticas que puedan ser de utilidad.



- Antes de iniciar traslado confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para evitar esperas.
- Si la unidad tiene a su disposición una llave de bloqueo de ascensores, debemos de usarla para evitar esperas innecesarias.
- Todo paciente que se vaya a someter a un TI se verificará su preparación rellenando una CHECK LIST para evitar olvidos y unificar criterios.
- Ante la sospecha de complicaciones, se comentará con el facultativo que valorará suspender la prueba o tomar medidas oportunas.
- Al terminar la prueba pasar al paciente de nuevo a su cama con las mismas precauciones anteriores.
- Colocar el aparataje adecuadamente y recoger aquellos utensilios que trasportamos con el paciente (mochila de transporte, balón de resucitación, historia médica,...)



#### Fase de regreso y estabilización en la unidad

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



#### 8.- PROBLEMAS POTENCIALES:

Todo traslado de pacientes está expuesto a posibles complicaciones e imprevistos durante el mismo, al igual que conlleva una serie de riesgos que deben de ser valorados antes de tomar la decisión del transporte (riesgo vs beneficio). Los riesgos a los que se somete el paciente durante su traslado pueden ser minimizados gracias a la planificación, el uso de un equipo

cualificado y la utilización de material adecuado en cada circunstancia. Si la monitorización es la adecuada y el soporte ventilatorio está garantizado de manera correcta durante su traslado, la aparición de incidencias graves es menor.



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

Se diferencian dos clases de efectos adversos:



- Menores: Cambios en las constantes vitales (se habla de modificaciones en torno al 20%) con respecto al nivel previo antes del transporte y problemas por el equipamiento.
- Mayores: Los que ponen en riesgo la vida del paciente y requieren intervención terapéutica urgente.
- Principales efectos adversos:
  - Cardiocirculatorios: Hipotensión severa o hipertensión.
  - Arritmias Parada cardiaca
  - Muerte
  - Respiratorios: Hipoxia severa, Broncoespasmo Neumotórax
  - Extubación Intubación selectiva
  - Desincronización paciente-respirador
  - Hipotermia
  - Neurológico: Agitación Hipertensión endocraneal
  - Malfuncionamiento del equipo
  - Fallo eléctrico o del suministro de oxígeno
  - Errores humanos
  - Pérdida del paciente
  - Tratamiento inadecuado



La incidencia global de los efectos adversos llega al 68%, mientras que la de los efectos adversos mayores es del 4,2-8,9%. Según los diferentes estudios, las paradas cardiorrespiratorias oscilan desde el 0,34 al 1,6%.

**Factores de riesgo:**

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

2. Relacionados con el equipo humano: Falta de experiencia, sobre todo del responsable del traslado.



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

4. Relacionados con el paciente: El 42,5% de los efectos adversos ocurren durante los momentos iniciales del ingreso, debido a la desestabilización del paciente y cambios rápidos en su situación clínica. De hecho se ha demostrado que hay asociación entre estos efectos adversos y escalas de gravedad, como el APACHE II. De hecho, la situación clínica del paciente es el factor más importante para la aparición de complicaciones durante el transporte.



Por enumerar algunas situaciones que debemos evitar y tener cuidado:

- ♣ Acodamiento u obstrucción de las tubuladuras del respirador.
- ♣ Fallo en el equipo de monitorización y dispositivos utilizados en el transporte.
- ♣ Agotamiento de baterías en el monitor, respirador o bombas de infusión.
- ♣ Agotamiento de la bala de oxígeno.
- ♣ Desconexiones accidentales de catéteres, drenajes, vías centrales, tubo orotraqueal, sondas vesicales, etc.
- ♣ Esperas en hall, ascensores o servicio de destino.
- ♣ Agotamiento de perfusiones de aminas drogodependientes.

Otras situaciones especiales que debemos de tener en cuenta a la hora de realizar un traslado, sería por ejemplo:

- Resonancia Magnética, en la que se debe de evitar la entrada de metales en la sala (pulseras, anillos, relojes, gafas, etc.), tanto del paciente como del propio personal, y tener en cuenta de que no sean portadores de marcapasos transcutáneos o válvulas cardiacas metálicas. En pacientes con ventilación mecánica deberemos 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 utilizado por nadie hasta que el paciente vuelva a su

unidad de origen) y avisaremos al servicio de limpieza para que limpien el ascensor según protocolo y vuelva a poder ser usado.



Para evitar muchas de las situaciones que hemos descrito NUNCA iniciaremos un traslado sin antes:

- Verificar con check list que ese paciente está listo para iniciar el traslado.
- Se ha informado al paciente y/o la familia para que lo autorice.
- Coordinarse en informar al servicio destino su llegada.

#### 9.- PUNTOS A REFORZAR:



Se hará hincapié en que un TI realizado por un equipo entrenado y cualificado, junto con un protocolo que unifique criterios, reduce las posibles complicaciones y problemas durante el mismo.

#### 10.- INDICADORES DE EVALUACIÓN:

Para este protocolo se ha realizado una hoja de registro e incidencias donde se recogerán los datos de todos los TI que se realicen en las unidades y se podrá registrar las incidencias que puedan ocurrir en el mismo. Estos datos nos ayudaran a conocer el grado de cumplimiento del protocolo y si las incidencias que ocurren en los TI se deben a una mala preparación del traslado, problemas con el material, utilidad del protocolo, etc. Así podremos hacer una reevaluaremos del protocolo, donde se corregirán sus deficiencias.

#### 11.- REGISTROS:



A la hora de realizar un TI debemos tener en cuenta la cumplimentación de la siguiente documentación:

- Check list: Esta hoja, a modo de guía, nos ayudará a la preparación del paciente para su traslado y evitará que se nos pase cosas por alto que puedan llevarnos a cometer errores o problemas durante el mismo.
- Hoja de incidencias en traslado: Será donde podamos registrar los problemas, complicaciones e incidencias que han aparecido durante el TI. Por ejemplo, podremos reflejar si hemos tenido problemas con el monitor, bombas de perfusión, con el servicio destino, etc. También si ha habido complicaciones médicas durante el mismo y a que pueden haberse debido.
- Solicitud de procedimiento a realizar y consentimiento informado de esa prueba. Ejemplo, consentimiento de TAC, intervención quirúrgica, etc.
- Informe de cuidados de enfermería por traslado intrahospitalario. En caso de que sea necesario (altas a planta, traslado a otro centro,...) Debemos recordar que "lo que no

está escrito no se ha hecho". Por ello, para intentar mejorar la calidad del traslado debemos recoger los problemas para intentar poner soluciones.



## 12. DIFICULTADES DEL TRASLADO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

- Las vías de acceso para hospitalizar a los pacientes son intransitables, presentan agrietaciones que pueden provocar accidentes y desestabilización de los pacientes.
- El servicio auxiliar de Rayos X se encuentra muy alejado, lo que dificulta brindar una atención oportuna y de calidad.
- Se necesita iluminar los pasillos y rutas de acceso para hospitalización ya que sobretodo en el horario nocturno puede conllevar accidentes.
- El estado de camillas, camas y silla de ruedas debe mejorarse, ya que su mal estado ha conllevado a accidentes.



## CHECK LIST DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

(Antes de iniciar cualquier traslado intrahospitalario debemos de verificar la cumplimiento de la siguiente lista)



Nombre:	Edad:
Apellidos:	Sexo:
N° historia:	Fecha nacimiento:

**PEGAR ETIQUETA**



### PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Monitorización correcta y adecuada a cada traslado
- Revisión de perfusiones necesarias durante el traslado
- Comprobación y fijación de vías, tubos, drenajes, etc.
- Retirar nutrición enteral o parenteral según protocolo
- Confirmar funcionamiento baterías monitor y/o respirador
- Comprobar/revisar mochila transporte y medicación necesaria
- Oxígeno correcto

### PREPARACIÓN DEL TRASLADO



- Avisar a la familia del paciente la realización del traslado/prueba diagnóstica.
- Comunicar al servicio receptor de nuestra llegada y sus condiciones
- Verificar consentimientos necesarios
- Historia necesaria
- Llave para bloqueo del ascensor
- En pacientes aislados actuar según protocolo

**EL TRASLADO NO SE INICIARÁ SI NO SE HAN VERIFICADO TODOS LOS ITEMS**

**HOJA DE REGISTRO E INCIDENCIAS DEL TRASLADO  
INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO**



Diagnostico:  
Fecha traslado:  
Hora salida: - H. entrada:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad:  
Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo:  
N° historia: \_\_\_\_\_ Nacimiento:

**PEGAR ETIQUETA**

Prueba diagnóstica/terapéutica:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAC           | <input type="checkbox"/> Quirófano  |
| <input type="checkbox"/> Arteriografía | <input type="checkbox"/> Ecografía  |
| <input type="checkbox"/> RMN           | <input type="checkbox"/> Otras..... |

Datos clínicos:

Antes del traslado	Después del traslado
• PA	• PA
• FC	• FC
• SatO2	• SatO2



Perfusiones y fluidoterapia que LLEVAMOS en el traslado:

- Drogas vasoactivas:  Noradrenalina  Dobutamina  Dopamina  Otras: .....
- Sedantes:  Midazolam  Propofol  Otros: .....
- Relajantes:  Nimbea  Otros: .....
- Analgésicos:  Fentanest  Noletil  Otros: .....
- Suero Fisiológico Mantenimiento

Medicación extra que tenemos durante el traslado:

Midazolam.....mg  
Fentanest.....mg      Otras.....  
S.F.O 2%.....ml

Datos ventilatorios:

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| • Modo de ventilación: | FIO2: |
| • Vtotal               | VME:  |
| • P.aporte:            | PEEP: |



Coréteras:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> TOT     | <input type="checkbox"/> Traqueostomía |
| <input type="checkbox"/> CVC     | <input type="checkbox"/> VVP           |
| <input type="checkbox"/> SNG     | <input type="checkbox"/> T. TORAX      |
| <input type="checkbox"/> SV      | <input type="checkbox"/> Catéter PIC   |
| <input type="checkbox"/> Shaldor | <input type="checkbox"/> Racon         |
| <input type="checkbox"/> C. Kher | <input type="checkbox"/> Otras.....    |

Incidentes durante traslado:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desaturación           | <input type="checkbox"/> Fallo con el respirador         |
| <input type="checkbox"/> Extubación accidental  | <input type="checkbox"/> Pérdida de vías                 |
| <input type="checkbox"/> PCR                    | <input type="checkbox"/> Fallos baterías monitor         |
| <input type="checkbox"/> Aparición de arritmias | <input type="checkbox"/> Esperas en el servicio receptor |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión           | <input type="checkbox"/> Fallo/gasto de oxígeno          |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión            | <input type="checkbox"/> Otras.....                      |

Nº DOCUMENTO  
 Nº 11  
 F. APLICACIÓN  
 DE 1988  
 Nº 11

INFORME DE CLIBARIS Y ENTUBIMIENTOS  
 POR TRANSFERO INTERHOSPITALARIO



FECHA	PROVENIENCIA	DESTINO	CLASIFICACION	ENTUBIMIENTOS	CLIBARIS
1988-01-01	...	...	...	...	...
1988-01-02	...	...	...	...	...
1988-01-03	...	...	...	...	...
1988-01-04	...	...	...	...	...
1988-01-05	...	...	...	...	...
1988-01-06	...	...	...	...	...
1988-01-07	...	...	...	...	...
1988-01-08	...	...	...	...	...
1988-01-09	...	...	...	...	...
1988-01-10	...	...	...	...	...
1988-01-11	...	...	...	...	...
1988-01-12	...	...	...	...	...
1988-01-13	...	...	...	...	...
1988-01-14	...	...	...	...	...
1988-01-15	...	...	...	...	...
1988-01-16	...	...	...	...	...
1988-01-17	...	...	...	...	...
1988-01-18	...	...	...	...	...
1988-01-19	...	...	...	...	...
1988-01-20	...	...	...	...	...
1988-01-21	...	...	...	...	...
1988-01-22	...	...	...	...	...
1988-01-23	...	...	...	...	...
1988-01-24	...	...	...	...	...
1988-01-25	...	...	...	...	...
1988-01-26	...	...	...	...	...
1988-01-27	...	...	...	...	...
1988-01-28	...	...	...	...	...
1988-01-29	...	...	...	...	...
1988-01-30	...	...	...	...	...
1988-01-31	...	...	...	...	...

## BIBLIOGRAFÍA



- UNINET. (2013) TRANSPORTE DE PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO. Disponible en:  
<http://tratado.uninet.edu/c120102.html>



- TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO. (2014) Disponible en:  
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo147/capitulo147.htm>

- SESCOAM. (2015) PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO. Disponible en:  
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48573291fc4abb1f33aec2d4ad54511f.pdf>

