



# PAUSA DE SEGURIDAD EXPERIENCIA EN CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO



ALEJANDRA ADRIASOLA T  
ENFERMERA JEFE PABELLON CENTRAL

# CLASIFICACION DE LAS ACTIVIDADES SEGUN EL RIESGO

q Actividades  
consideradas como  
**ULTRA SEGURAS**

q Producen menos  
de 1 victima por  
cada 100.000  
personas  
expuestas



# CLASIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEGÚN EL RIESGO



✓ Actividades consideradas como **RIESGO REGULADO**



# CLASIFICACION DE LAS ACTIVIDADES SEGUN EL RIESGO



- q Actividades consideradas como **PELIGROSAS**
- q La atención en salud genera mayor pérdida de vidas por año
- q Mas de 1 muerte por cada 1000 personas expuestas

# ¿COMO NACE?

En octubre del 2004 la OMS creó la ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Definiendo la LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA.

OMS



**META**



*DISMINUIR N° DE  
MUERTES Y  
COMPLICACIONES DE  
ORIGEN QUIRURGICO*



**TIME OUT**



- ✓ PRACTICAS ADECUADAS EN ANESTESIA
- ✓ PREVENCIÓN DE INFECCIONES QUIRURGICAS
- ✓ COMUNICACIÓN EFECTIVA

# ESTADÍSTICAS



ò 234 millones de operaciones cada año

ò Complicaciones 3% a 25% de los pacientes.

Causan discapacidades o prolongan la hospitalización dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario.

# ESTADÍSTICAS

N° de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias: 7 millones al año

Tasa de mortalidad entre un 0,4% - 10%

Se estima que al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación

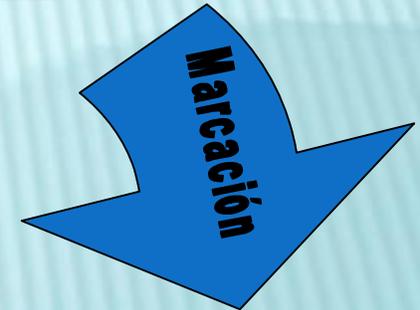
La mitad de estos **INCIDENTES SON PREVENIBLES**

Atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor

# CARACTERISTICAS DE LISTA DE VERIFICACION

- ✓ Debe estar adaptada al entorno clínico
- ✓ Debe incluir todos los aspectos que reduzcan la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable
- ✓ Debe ser simple y breve
- ✓ Debe estar apoyado por la evidencia





# CARACTERISTICAS DE LA LISTA DE VERIFICACION







# ENTRADA

**Periodo previo a la inducción anestésica.**

- ü **Confirmación verbal del nombre del paciente.**
- ü **Lugar anatómico de la intervención.**
- ü **Consentimiento para ser operado.**
- ü **Revisión con el anestesista de riesgo de hemorragia, dificultad en el acceso de la vía aérea y de reacciones alérgicas.**

**EN EL CASO DE PACIENTES PEDIATRICOS O INCAPACITADOS  
ESTA FUNCION LA PUEDE ASUMIR UN FAMILIAR O  
REPRESENTANTE**

- ü **Requiere presencia de Anestesista y personal de Enfermería.**

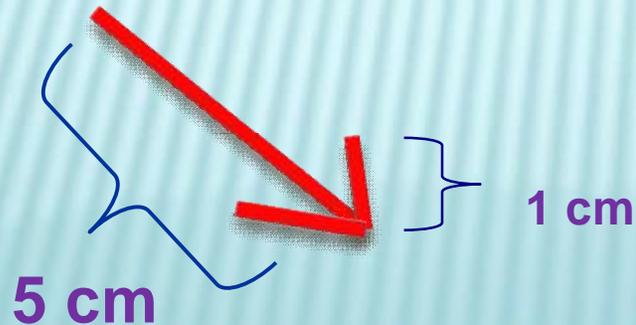
# ¿QUE ESTAMOS HACIENDO EN CLÍNICA ALEMANA PARA EVITAR ERROR DE LATERALIDAD?



# ESTANDARIZACIÓN DE LA MARCACIÓN EN CLÍNICA ALEMANA



- ✓ ¿Quién?
- ✓ ¿Cuándo?
- ✓ ¿Con Quién?
- ✓ ¿Dónde?
- ✓ ¿Cómo?



# EXCEPCIONES



DIENTES



PACIENTES CON  
RIESGO VITAL



NIÑOS MENORES  
DE 4 AÑOS



- ✓ Periodo después de la inducción y ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA.
- ✓ Consiste en una interrupción momentánea de todo el equipo quirúrgico justo antes de la incisión cutánea.
- ✓ Confirmación en voz alta de la cirugía a realizar, el sitio – lado correcto a operar y revisión de instrumental e insumos requeridos.

PAUSA DE SEGURIDAD

---

# SALIDA

---

Es el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida operatoria.

- ò Recuento de compresas.
- ò Recuento de instrumental.
- ò Recuento del material cortopunzante.
- ò Etiquetado correcto de biopsias.
- ò Planes del tratamiento postoperatorio y de recuperación.

Supervisión directa de la Enfermera.



Registro de Verificación  
Paciente – Procedimiento – Sitio/Lado Correcto

A

A. Información al Ingreso <i>Completar: Admisión</i>					
Nombre del Paciente:			Consentimiento Escrito:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
B. Registro del Paciente <i>Completar: Paciente o Representante</i>					
RUT del Paciente:			Firma del Paciente o Representante:		
Nombre del Médico Cirujano:			Fecha de Procedimiento(s):		
Paciente es Opaco de:	(Idealmente incorporar información del procedimiento y del sitio quirúrgico, por ejemplo: extremidad (dedo), nivel (de la columna), etc.)		Lado de (los) Procedimiento(s):	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Órgano Único	
C. Visita Pre-Operatoria y Marcación de Sitio Quirúrgico <i>Completar: Médico Tratante</i>					
Procedimiento(s) a Realizar:			Marcación del (los) Sitio(s) Quirúrgico(s):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No se Requiere <input type="checkbox"/> Rechazo Paciente	
Nombre del Médico que Realiza la Visita Pre-Operatoria:					
D. Verificación Final en Pabellón <i>Completar: Enfermera / Matrona de Pabellón</i>					
Pieza:	Identidad del Paciente <input type="checkbox"/> SI		Procedimiento(s) a Realizar <input type="checkbox"/> SI	Visita Pre-Anestésica Realizada en Pieza <input type="checkbox"/> SI	
Pab.:	Confirmado <input type="checkbox"/> NO		Confirmado(s) <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	
Fecha:					
Hora:					
Confirmación del Lado del Procedimiento:					
	Fuente de Información	Der.	Izg.	Órgano Único	Detalle u Observaciones
Paciente:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orden de Hospitalización:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcación del(los) Sitio(s) Quirúrgico(s):					
Imágenes Relevantes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implantes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. Pausa de Seguridad en Pabellón <i>Completar: Enfermera / Matrona de Pabellón</i>					
Cargo	Nombre y Apellido de Equipo Médico Presente			¿Pausa de Seguridad Realizada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Médico Cirujano:					
Médico Anestesiólogo:					
Enfermera / Matrona de Pabellón:					

INFORMACION AL INGRESO

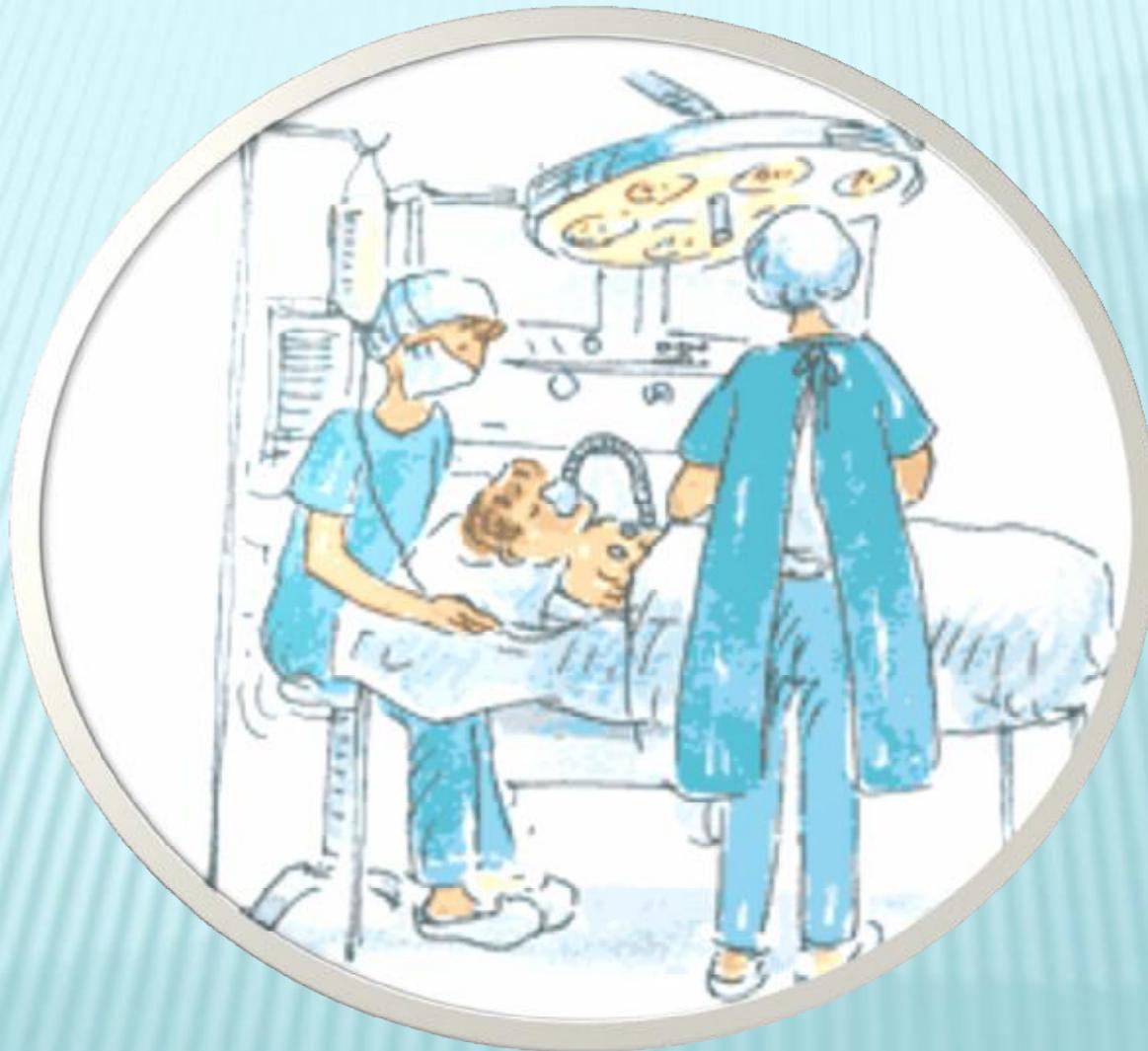
REGISTRO DEL PACIENTE

VISITA PRE-OP Y  
MARCACION  
SITIO QUIRURGICO

VERIFICACION FINAL EN  
PABELLON

PAUSA DE SEGURIDAD

¿A QUIENES SE APLICA?



PARTO O CESAREA



ASEOS QUIRURGICOS RECURRENTES



**EXCLUUIDOS**



PACIENTE RIESGO VITAL

# DESCRIPCION



## Registro de Verificación

# A

### Paciente – Procedimiento – Sitio/Lado Correcto

A. Información al Ingreso Completar: Admisión			
Nombre del Paciente:		Consentimiento Escrito:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B. Registro del Paciente Completar: Paciente o Representante			
RUT del Paciente:		Firma del Paciente o Representante:	
Nombre del Médico Cirujano:		Fecha de Procedimiento(s):	
Paciente se Opera de:	(Idealmente incorporar información del procedimiento y del sitio quirúrgico, por ejemplo: extremidad (dedo), nivel (de la columna), etc.)	Lado de (los) Procedimiento(s):	<input type="checkbox"/> Derecho
			<input type="checkbox"/> Izquierdo
			<input type="checkbox"/> Órgano Único

# INFORMACION AL INGRESO



		<b>Registro de Verificación</b> Paciente – Procedimiento – Sitio/Lado Correcto			
<b>A. Información al Ingreso</b> Completar: Admisión					
Nombre del Paciente:		Consentimiento Escrito:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>B. Registro del Paciente</b> Completar: Paciente o Representante					
RUT del Paciente:		Firma del Paciente o Representante:			
Nombre del Médico Cirujano:		Fecha de Procedimiento(s):			
Paciente se Opera de:	(Idealmente incorporar información del procedimiento y del sitio quirúrgico, por ejemplo: extremidad (dedo), nivel (de la columna), etc.)	Lado de (los) Procedimiento(s):	<input type="checkbox"/> Derecho		
			<input type="checkbox"/> Izquierdo		
			<input type="checkbox"/> Órgano Único		

# VISITA PRE-OPERATORIA Y MARCACION SITIO QUIRURGICO



## C. Visita Pre-Operatoria y Marcación de Sitio Quirúrgico

Completar: Médico Tratante

Procedimiento(s) a Realizar:	Marcación del (los) Sitio(s) Quirúrgico(s):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No se Requiere
		<input type="checkbox"/> Rechazo Paciente	
Nombre del Médico que Realiza la Visita Pre-Operatoria:			

# VERIFICACION FINAL EN PABELLON

D. Verificación Final en Pabellón				
Completar: Enfermera / Matrona de Pabellón				
Pieza:				
Pab.:	Identidad del Paciente <input type="checkbox"/> SI	Procedimiento(s) a Realizar <input type="checkbox"/> SI	Visita Pre-Anestésica Realizada en Pieza <input type="checkbox"/> SI	
Fecha:	Confirmada <input type="checkbox"/> NO	Confirmado(s) <input type="checkbox"/> NO		
Hora:				
Confirmación del Lado del Procedimiento:	Fuente de Información	Der.	Izq.	Órgano Único
	Paciente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orden de Hospitalización:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marcación del(los) Sitio(s) Quirúrgico(s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Imágenes Relevantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Implantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Detalle u Observaciones			
E. Pausa de Seguridad en Pabellón				
Completar: Enfermera / Matrona de Pabellón				
Cargo	Nombre y Apellido de Equipo Médico Presente			¿Pausa de Seguridad Realizada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Médico Cirujano:				
Médico Anestesiólogo:				
Enfermera / Matrona de Pabellón:				



# PRINCIPALES INTERVENCIONES PARA EVITAR EL ERROR



COMUNICACIÓN EFECTIVA

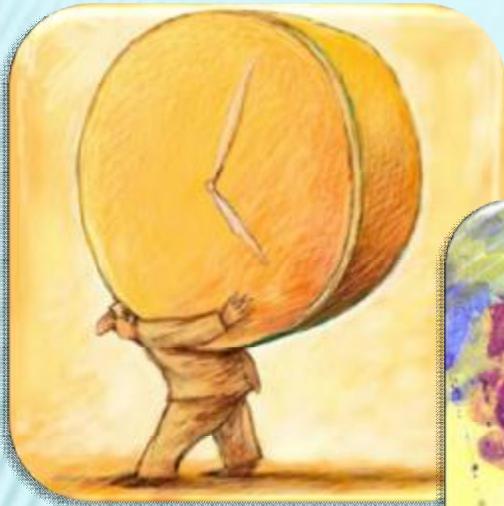


REVISION DOCUMENTOS



ROMPER CULTURA AUTOCRATICA





§ EVITAR PRESIONES DE TIEMPO

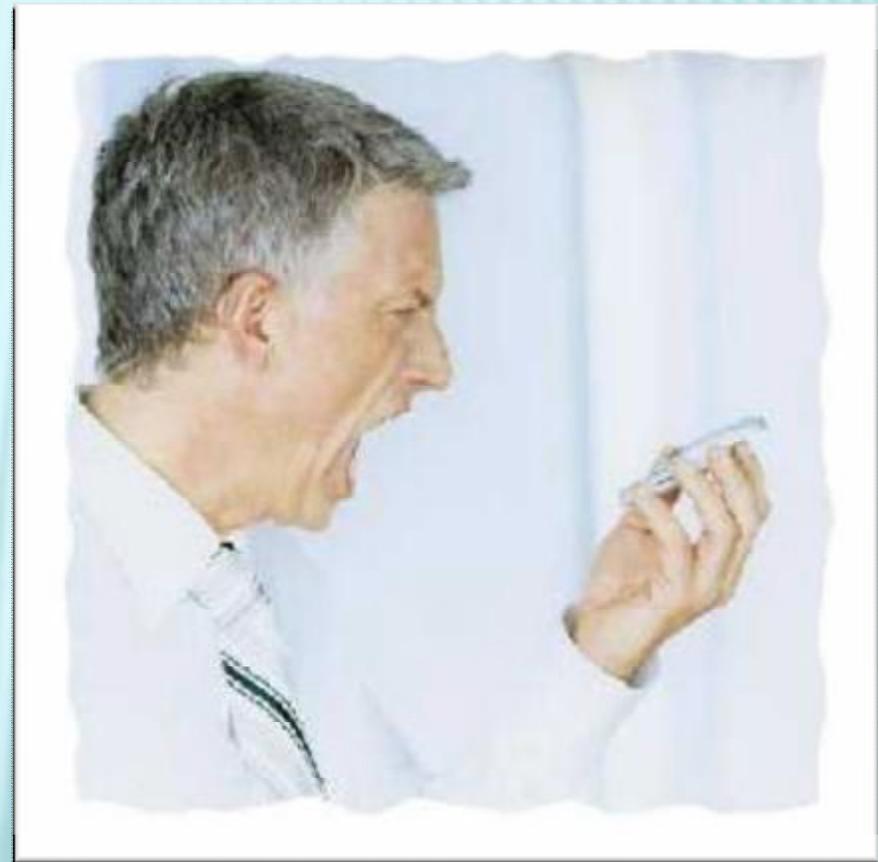
§ COMBATIR ESTRES Y CANSANCIO

§ DOTACION PERSONAL

§ NUEVAS TECNOLOGIAS

# DIFICULTADES

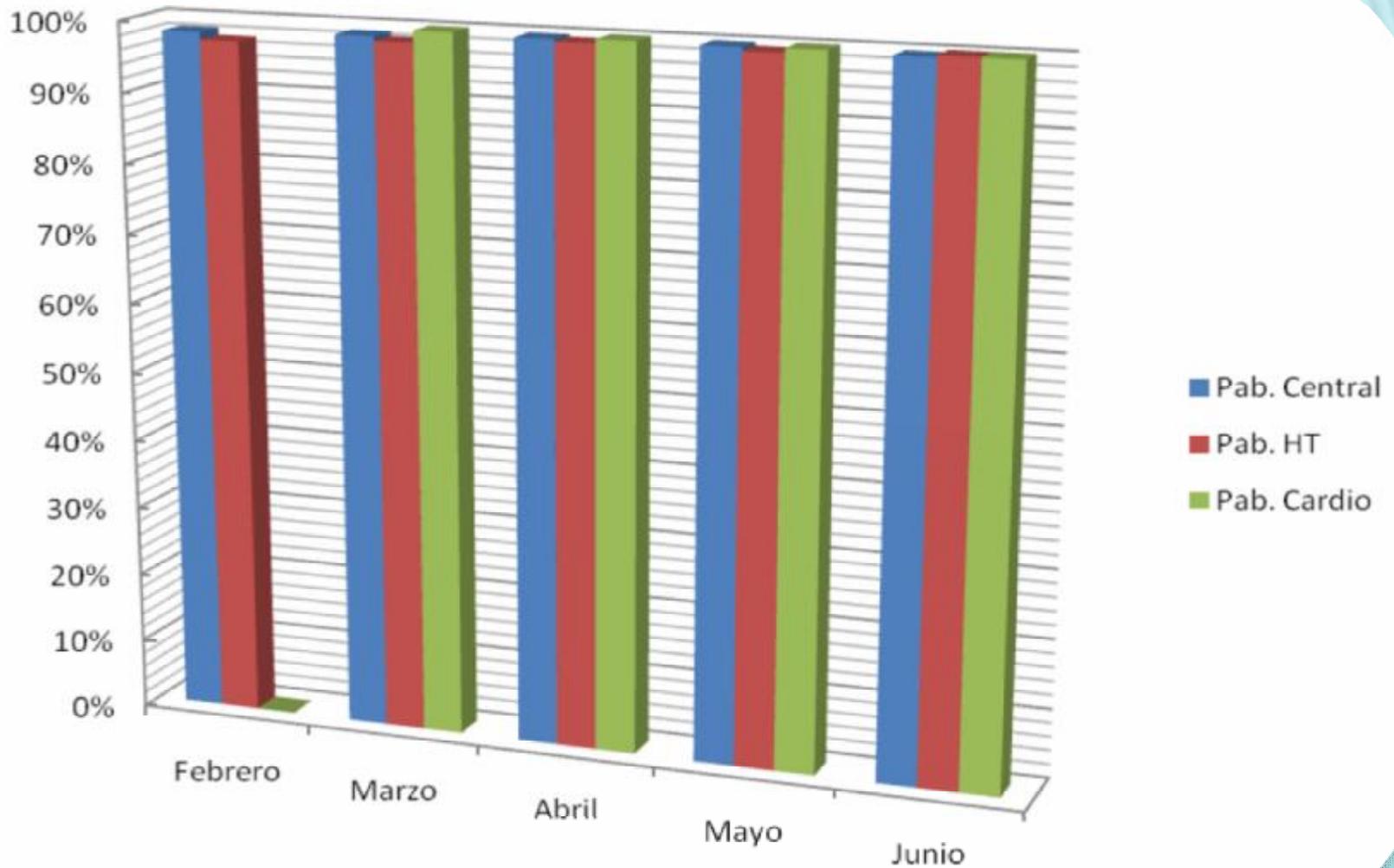
- ✓ Falta de conocimiento sobre hoja de verificación sitio correcto.
- ✓ Apatía y oposición ante la implementación de esta hoja.
- ✓ Pérdida de tiempo.
- ✓ Falta de Enfermeras



# LOGROS

- ✓ Se incorporan enfermeras especialistas en cada uno de nuestros pabellones.
- ✓ Se comienza a crear cultura de seguridad dentro del equipo médico.
- ✓ Se educa al equipo médico en relación a la hoja de SITIO CORRECTO y a la PAUSA DE SEGURIDAD.

# PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA PAUSA DE SEGURIDAD EN PABELLON DE CLINICA ALEMANA



# SEGUIMIENTO DE PAUSA DE SEGURIDAD 2009

## PABELLON CENTRAL

	FEBRER O	MARZ O	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR E	OCTUBR E
FECHA	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
TOTAL PAB.	614	764	726	763	671	850	797	702	613
CORRECTAS	604	756	724	762	669	849	796	702	612
INCORRECTA S	10	8	2	1	2	1	1	0	1
% CUMPLIM	98.37%	98.95%	99.72%	99.86%	99.70%	99.88%	99.87%	100%	99.83%
PROB.				FH	F.R	P.G.	F.H		F.H

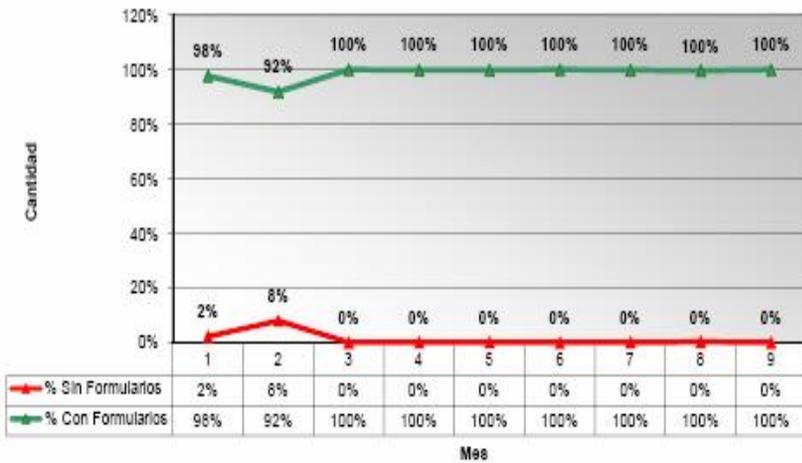
# CUMPLIMIENTO MENSUAL PAUSA SEGURIDAD PABELLON HOSPITALIZACION TRANSITORIA

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
FECHA	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
TOTAL PAB.	73	360	343	315	292	397	361	302	184
CORRECTAS	71	356	341	312	292	397	361	302	184
INCORRECTAS	2	4	2	2	0	0	0	0	0
% CUMPLIM	97.3%	98.3%	99.4%	99.4%	100%	100%	100%	100%	100%
PROB.			E.O	F.R.					

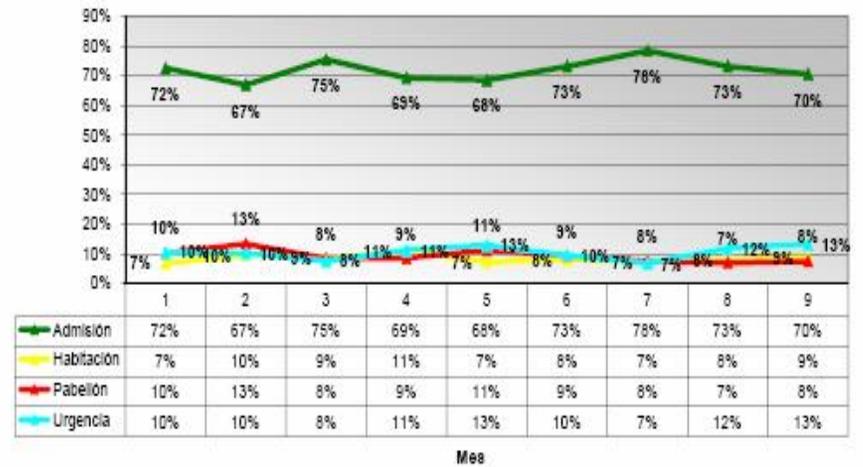


Tabulación Formulario Sitio Correcto - Pabellón Central  
EVOLUCION

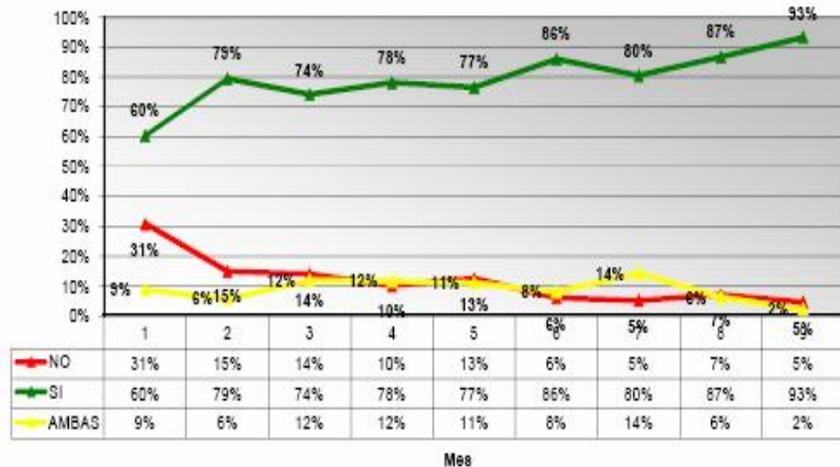
Cirugías con Formularios de Sitio Correcto



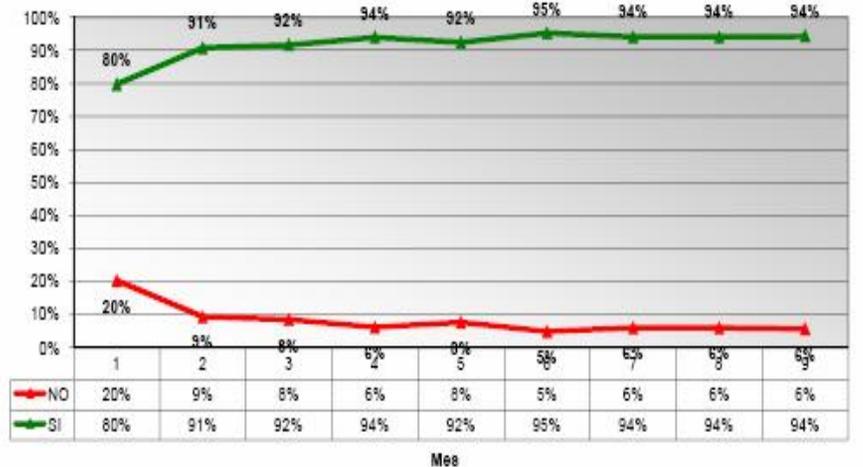
Lugar de Entrega de Formulario de Sitio Correcto



Nivel de Cumplimiento Consentimiento Informado



Nivel de Cumplimiento Marcación del Sitio Correcto







**Lo sentimos mucho señor Pérez. Todo el personal de Cirugía se siente muy apenado por el error...**

# RESPONDER DUDAS

RESPONDER DUDAS

**Una pareja blanca tiene gemelos negros tras someterse a la fecundación in vitro**



[www.santygutierrez.com](http://www.santygutierrez.com)

