

## LOS EM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

A NIVEL GLOBAL

**10%**<sup>1</sup>  
1 de cada diez  
pacientes hospitalizados  
sufre al menos un  
evento adverso

**20%**<sup>1</sup>  
1 cada 5 eventos  
adversos es un EM

**50%**<sup>1</sup>  
1 de cada 2  
eventos  
adversos  
es prevenible

**42.000**<sup>2</sup>  
millones de dólares  
= coste de los EM

EN ESPAÑA

**12,7**<sup>3</sup>  
EM por cada 100  
pacientes-día ingresados

**2.000**<sup>4</sup>  
millones de euros  
= coste de los EM equivalente  
al 3% del gasto sanitario total.

## LOS EM EN ANESTESIOLOGÍA

**28%** de los incidentes durante perioperatorio  
están relacionados con la medicación.<sup>5,6,7,8,9</sup>

FRECUENCIA EM EN ANESTESIA: + Estudios **autonotificación** voluntaria: 1/270 a 1/133 procesos anestésicos + Estudios **observación directa**: 1/31 a 1/2 procesos anestésicos



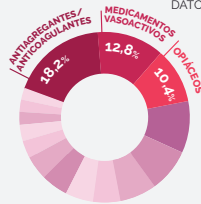
**35%**<sup>9</sup>  
causan algún tipo  
de morbilidad

**4-5**<sup>10,11</sup>  
errores de medicación/año  
por anestesta

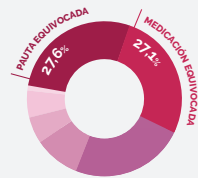
**80%**<sup>9</sup>  
son  
evitables

**LO MÁS PELIGROSO: ADMINISTRAR FÁRMACO  
EQUIVOCADO Y/O PAUTA EQUIVOCADA**

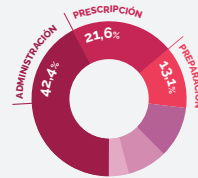
DATOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES<sup>12</sup>



FÁRMACOS IMPLICADOS



TIPOS DE INCIDENTES



MOMENTOS CRÍTICOS

## PERIOPERATORIO ALTO RIESGO DE EM<sup>10</sup>

- El mismo profesional prescribe, dispensa, prepara, monitoriza, documenta y registra
- Toma de decisiones instantánea
- Situaciones de estrés
- Poca luminosidad en las áreas de trabajo
- No existen las barreras de otras áreas del hospital



## BUENAS PRÁCTICAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE EM<sup>11,13,14</sup>



**1. Utilizar jeringas precargadas** siempre que estén disponibles.



**2. Etiquetar jeringas, perfusiones y líneas de infusión.** Etiquetarlas después de cargar utilizando **etiquetado homologado** ISO 26825:2008(E) y marcando las perfusiones a nivel proximal y distal.



**3. Evitar ampollas multidosis: una ampolla = un paciente.**



**4. Estandarizar las zonas de trabajo** organizando por grupos farmacológicos, evitando fármacos look-alike (o identificándolos de forma inequívoca), separando los anestésicos locales de otros fármacos y evitando el cloruro potásico (ClK) en los carros de anestesia.



**5. Estandarizar el proceso.** Disponer de una bandeja por paciente, evitar distracciones e interrupciones, realizar siempre doble comprobación y asegurarse de que cualquier orden ha sido entendida.



**6. Introducir métodos electrónicos de identificación** siempre que sea posible.



**7. Notificar los EM** para aprender de ellos.

