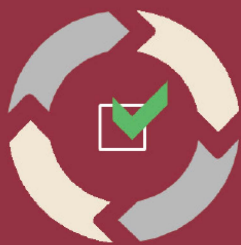


Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Beatriz C Alloza, Manuel Baeza, M^aDolores Beteña, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Bernarda Díaz, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Mercedes López, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Arturo Pereda, Virginia Pujalte, M^aIsabel Sánchez, Antonio Saura, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: ucarrixaca.sms@carm.es

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 10, Número 4
4º trimestre

OCTUBRE - DICIEMBRE 2022

EN ESTE NÚMERO:

- *Declaración de consenso: El papel de los responsables políticos y de los líderes sanitarios en la implementación del Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030.*
Ministerio de Sanidad.
- *Medicación sin daño: envases y etiquetas problemáticos.*
Beatriz Garrido Corro.
- *Manos limpias salvan vidas*
Servicio de Medicina Preventiva.
- *El traslado intrahospitalario seguro salva vidas*
M^aReyes Campillo Palomera.

Declaración de consenso:

El papel de los responsables políticos y de los líderes sanitarios en la implementación del Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030

Desde el Ministerio de Sanidad nos hacen llegar la declaración de consenso para la implementación del Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente, que también publicaran en la web

Esta declaración de consenso se basa en políticas articuladas en numerosas Resoluciones y decisiones globales y regionales sobre seguridad del paciente, adoptadas por órganos rectores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales. Se basa en las actas del Foro de Responsables de Políticas de la OMS, donde destaca el papel central y específico de los responsables en formulación de políticas y de los líderes sanitarios en la implementación del Plan de Acción Global para la seguridad del paciente 2021-2030 en todos los niveles y en todos los países.

Aproximadamente 310 participantes de 90 países de todo el mundo: incluidos los principales responsables de la formulación de políticas, líderes de atención médica, expertos en seguridad del paciente en los niveles nacional, subnacional, regional, organizativo y de establecimientos de salud, defensores de la seguridad del paciente y representantes de organizaciones internacionales clave se reunieron (virtualmente) los días 23 y 24 de febrero de 2022 para participar en el Foro de Responsables políticos organizado

por la Unidad principal en seguridad del paciente, (Patient Safety Flagship unit) con sede en la OMS, Ginebra, Suiza.

1. RESPALDO Y COMPROMISO

1.1 Damos la bienvenida y adoptamos la visión de la Acción Mundial para la Seguridad del Paciente del Plan 2021-2030, para avanzar hacia la eliminación de los daños evitables en el cuidado de la salud y su propósito general de reducir el daño evitable y eliminar sistemáticamente los riesgos de daño en el cuidado de la salud;

1.2 Reconocemos que la seguridad del paciente es una prioridad de salud global que requiere acción urgente de los estados miembros y de todos los socios para reducir la actual carga mundial inaceptable de daños evitables;

1.3 Reafirmamos nuestro compromiso con la implementación de la resolución WHA72.6 sobre "Acción Global en Seguridad del Paciente", adoptada por la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019, y la decisión WHA74(13), por la cual la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2021, adoptó el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030;

1.4 Reconocemos la importancia de centrarse en los siete objetivos es-

tratégicos y sus 35 estrategias (establecidos en Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030) como marco organizativo fundamental para la implementación y planificación de acciones prioritarias;

1.5 Nos hacemos cargo del papel y el deber de los responsables de la formulación de políticas y de los líderes sanitarios para implementar las resoluciones y decisiones sobre la seguridad del paciente de la Asamblea Mundial de la Salud, con la finalidad de obtener una visión global para mejorar la seguridad de la atención brindada a los pacientes, y para reducir el daño evitable asociado con la planificación y prestación de servicios de salud;

1.6 Afirmamos que esto significa hacer de la seguridad del paciente una prioridad clave para las políticas y programas del sector de la salud, así como para los profesionales sanitarios, además implica llevar a cabo una amplia gama de acciones que se encuentran establecidas en el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030; a nivel nacional, regional y organizativo en los diferentes niveles de atención sanitaria.

1.7 Tomamos nota de la importancia de implementar iniciativas emblemáticas de la OMS como los Retos Mundiales para la Seguridad del Paciente y el Día Mundial de la Seguridad del Paciente.

2. DEFENDER Y SOSTENER LOS VALORES FUNDAMENTALES

2.1 Hacemos hincapié en que la tarea principal de los líderes en todos los niveles es establecer y mantener una cultura de seguridad del paciente en todos los entornos y establecimientos donde se planifica, organiza y presta la asistencia sanitaria;

2.2 Nos dedicamos a asegurar que la experiencia de los pacientes y fami-

lias, especialmente de aquellos que han sufrido daños evitables, se convierta en la principal fuerza transformadora en el diseño y la prestación de servicios de salud seguros, así como promover su empoderamiento para la participación activa en programas de seguridad del paciente;

2.3 Fomentaremos una forma de pensar en la seguridad del paciente en la que identificar, anticipar y mitigar los riesgos de daño evitable tienen la misma importancia que el aprendizaje de su ocurrencia;

2.4 Nos esforzamos en garantizar que el logro de los objetivos de seguridad del paciente sea integral para lograr la cobertura universal de salud;

2.5 Siempre estaremos atentos a la necesidad de verificar todas las acciones que mejoren la seguridad del paciente y que promuevan la equidad y protejan a los vulnerables;

2.6 Nos comprometemos a la transparencia con pacientes, trabajadores de la salud y público general sobre las prácticas de seguridad del paciente, el desempeño y los resultados, incluidos los eventos adversos y el daño producido al paciente.

3. IMPULSAR LA IMPLEMENTACIÓN

3.1 Fomentaremos y alentaremos todos los pasos y programas necesarios para desarrollar la capacidad de liderazgo para fortalecer los sistemas y procesos de seguridad del paciente;

3.2 Fomentaremos asociaciones y colaboraciones sólidas y eficaces en una amplia gama de sectores y organizaciones que abarquen organismos profesionales, agencias especializadas, organizaciones no gubernamentales (incluidas las organizaciones y organismos profesionales) Instituciones académicas y de investigación;

3.3 Promoveremos la importancia de integrar los conceptos de la seguridad y la salud del paciente y las prácticas de seguridad de los trabajadores en la preparación para emergencias, en los planes de respuesta y recuperación para obtener sistemas de salud más seguros y resilientes, basado en los aprendizajes de la experiencia y los estudios de investigación llevados a cabo durante la pandemia de COVID-19;

3.4 Ayudaremos a desarrollar la solidaridad global hacia el logro de una atención más segura de los pacientes;

3.5 Buscaremos sinergias que mejoren las perspectivas de éxito en la implementación, particularmente en colaboración con industrias de alto riesgo y alta confiabilidad (como aviación, nuclear, petróleo y gas) para compartir conocimiento y experiencias, así como adoptar o adaptar sus prácticas de seguridad y su comprensión de los factores humanos y de las aplicaciones ergonómicas en seguridad de situaciones críticas

4. CREAR CONDICIONES Y FACILITADORES PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

4.1 Haremos uso del mejor asesoramiento técnico y experiencia en el diseño, desarrollando y mejorando los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente para generar aprendizaje (incluso a través de herramientas de investigación, análisis y técnicas);

4.2 Aseguraremos que los conceptos globales de la seguridad del paciente abarquen y consoliden todas las áreas específicas de seguridad, tanto a nivel clínico como a nivel de programas del sistema de salud, tales como seguridad de medicamentos, seguridad quirúrgica, prevención y control de infecciones, seguridad en transfusiones sanguíneas, seguridad en inyecciones, identificación segura de pacientes, seguridad radiológica, seguridad en la inmunización, seguridad diagnóstica, cali-

dad en la atención, resistencia antimicrobiana, salud materna, salud mental, enfermedades transmisibles y no transmisibles – en todas las áreas de cuidado de la salud, y también en otras áreas afines como las ciencias sociales, la ética y las leyes

4.3. Apoyaremos la designación de una agencia o un centro apropiado al contexto nacional y en diferentes niveles, para responsabilizarse de la coordinación de la implementación de la seguridad del paciente;

4.4 Buscaremos incorporar currículos de educación y capacitación en seguridad del paciente dentro de todas las instituciones de aprendizaje y en los programas para la salud de los profesionales en todas las jurisdicciones;

4.5 Fomentaremos o encargaremos la investigación, la innovación y el diseño de soluciones para construir Sistemas de Salud más seguros;

4.6 Tomaremos las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud y para proporcionar entornos de trabajo seguros.

5. PROPORCIONAR APOYO TÉCNICO Y ORIENTACIÓN

5.1 Guiaremos a las organizaciones y a las personas en lo relativo a sistemas de gobernanza, formulación de políticas, liderazgo y gestión, así como seguimiento y evaluación para avanzar en la mejora de la seguridad del paciente relacionado con sus circunstancias y escenarios;

5.2 Estableceremos (o ayudaremos a establecer) redes de seguridad de pacientes nacionales y locales para compartir y difundir las mejores prácticas y aprendizaje para reducir el daño al paciente;

5.3 Guiaremos sobre cómo crear culturas que operen de forma transparente, no punitiva y que animen a notificar incidentes de seguridad;

5.4 Ayudaremos a desarrollar herramientas de información para ayudar a

los líderes en la seguridad del paciente, en cómo crear los marcos de establecimiento de prioridades, así como establecer los datos de impacto económico, estándares y criterios de evaluación, y patrones de seguimiento;

5.5 Ayudaremos a desarrollar herramientas para reconocer de forma proactiva los errores debidos a la tecnología e implementaremos procesos para mitigar esos riesgos y proteger la seguridad del paciente;

5.6 Facilitaremos la adaptación del diseño e implementación de los programas de seguridad en todo el espectro de atención sanitaria (incluyendo servicios de atención primaria, servicios de salud mental, residencias para personas mayores, instalaciones para adultos y niños discapacitados, hospitales públicos y privados).

6. CONCLUSIÓN

6.1 Nos comprometemos a obtener una adopción generalizada y un compromiso con esta declaración de consenso entre los responsables de la formulación de políticas y los líderes sanitarios de todo el mundo.

© Gobierno de España- Ministerio de Sanidad 2022

Esta traducción no fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no es responsable del contenido o la precisión de esta traducción. La edición original en inglés Role of policy-makers and health care leaders in implementation of the Global patient safety octian plan 2021-2030: consensus statement. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Descargo de responsabilidad

Esta declaración de consenso es el resultado de una política de alto nivel del Foro de responsables políticos sobre la implementación de la seguridad del paciente, 23 y 24 de febrero de 2022. No representa necesariamente las decisiones o políticas de la Organización Mundial de la Salud o de todos los gobiernos y organizaciones representadas.



Medicación sin daño: envases y etiquetas problemáticos.

Beatriz Garrido Corro

Servicio de Farmacia Hospitalaria
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El lema del tercer reto mundial de la OMS, «Medicación sin daño», ha centrado la atención en conseguir que el proceso de medicación sea más seguro y esté libre de daños, y realiza un llamamiento a todas las partes implicadas para que den prioridad a la seguridad de la medicación y aborden las prácticas poco seguras y las deficiencias de los sistemas.

Recordar que el Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP-España) es una organización dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad en la utilización de los medicamentos. Su finalidad es la prevención de los errores de medicación (EM) y la reducción de los eventos adversos. Mantiene el programa de notificación de EM adherido al Programa Internacional y está financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los incidentes relacionados con medicamentos que se registran en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), se añaden también a este programa para su análisis y evaluación.

Es importante analizar los incidentes y conocer cuáles son los riesgos asociados al uso de los medicamentos, pero evidentemente para mejorar la seguridad del paciente el paso fundamental es implementar prácticas efectivas que permitan minimizar dichos riesgos y eviten que los errores vuelvan a suceder.

- Un reciente estudio que analiza la prevalencia de los EM en el NHS de Reino Unido, concluye que la administración y la prescripción son las etapas que concentran el 87% de los EM en el entorno hospitalario.
- Un estudio previo español coincide que ambas etapas son las que más errores de medicación suponen junto con la preparación.
- Los 10 tipos de errores de medicación con consecuencias más graves detectados en España en 2020 podrían evitarse implantando procedimientos, tecnologías o herramientas de fácil acceso y disponibles actualmente en los hospitales.

En el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, define los conceptos referidos al etiquetado y envasado de los medicamentos:

- **Dosis del medicamento:** el contenido de principio activo, expresado en cantidad por unidad de toma, por unidad de volumen o de peso en función de la presentación.
- **Acondicionamiento primario:** el envase o cualquier otra forma de acondicionamiento que se encuentre en contacto directo con el medicamento.
- **Embalaje exterior:** el embalaje en que se encuentre el acondicionamiento primario.
- **Etiquetado:** las informaciones que constan en el embalaje exterior y en el acondicionamiento primario.

En las disposiciones generales del etiquetado y prospecto se especifican los objetivos que deben cumplirse para asegurar unas garantías de identi-

ficación e información para el uso racional del medicamento. Son las siguientes:

1. El etiquetado y el prospecto del medicamento habrán de ser **conformes a la información de su ficha técnica**.
2. El etiquetado y el prospecto **garantizarán la inequívoca identificación del medicamento, proporcionando la información necesaria para su correcta administración** y uso por los pacientes o usuarios y, en su caso, por los profesionales sanitarios.
3. El etiquetado y el prospecto, en su diseño y contenido, **facilitarán la adecuada comprensión y conocimiento del medicamento por el ciudadano**. El prospecto deberá ser legible, claro, asegurando su comprensión por el paciente y reduciendo al mínimo los términos de naturaleza técnica.

En cuanto a la garantía de correcta identificación, en general, indica que no serán admisibles las denominaciones de medicamentos cuando su prescripción o dispensación **pueda dar lugar a confusión fonética u ortográfica con el de otro medicamento o con productos sanitarios, cosméticos o alimentarios**.

Sin embargo, la similitud en el etiquetado y envasado (**ISOAPARIENCIA**) es una causa frecuente de errores de medicación, especialmente en los procesos de dispensación y administración. Muchos laboratorios diseñan el envasado y el etiquetado de sus especialidades de forma que tengan una "imagen de marca" característica que permita identificar fácilmente sus productos. Debido al número cada vez mayor de especialidades y presentaciones que comercializan algunos laboratorios, es posible coincidir en otros aspectos, como tamaño y colores, lo que hace que algunas especialidades presenten una apariencia muy similar.

A modo de ejemplo, se muestran fotografías de diferentes medicamentos que se prestan a confusión y que han sido objeto de notificaciones. Así se han descrito errores en el almacenamiento y dispensación de las ampollas de Midazolam Normon® de 5 mg/ 5 mL y de 15 mg/ 3 mL; Syntocinón® 10 UI/mL y Synacten® 0,25 mg/mL; y, Berinert® 500 U y Beriate® 500 UI.



Syntocinón® 10 UI/ 1 mL (oxitocina)

Synacthén® 0,25 mg/ 1 mL (tetracosáctido)



Berinert® 500 U (inhibidor de la C1-estearasa)

Beriate® 500 UI (factor VIII)



Entre las prácticas para minimizar el riesgo de confusión entre medicamentos con similitud en la apariencia de su envasado se recomienda:

- Siempre que sea posible, adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos.
- Si esto no fuera posible, tomar medidas para reducir el riesgo de que se confundan (p. ej. almacenamiento separado, señalización con alertas o reetiquetado).

- Utilizar letras mayúsculas resaltadas para diferenciar los medicamentos con nombres similares en los programas de prescripción, dispensación y administración, y para etiquetar las estanterías o los contenedores donde se almacenan.
- Utilizar un lector de códigos para verificar el medicamento antes de su dispensación y administración.

¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE INCLUIRSE EN EL ETIQUETADO?

En el Real Decreto 1345/2007, citado previamente se especifica en el anexo III la información que debe incluirse en el etiquetado de los medicamentos. Así, en la información que debe incluirse en el embalaje exterior figura:

...3. **Composición cualitativa y cuantitativa, en principios activos por unidad de administración o, según la forma de administración para un volumen o peso determinados, utilizando las Denominaciones Oficiales Españolas o las Denominaciones Comunes Internacionales, o, en su de-**

fecto, sus denominaciones comunes o científicas.

...5. **Forma farmacéutica y contenido en peso, volumen o unidades de administración.**

A continuación se exponen diferentes ejemplos reales relacionados con un etiquetado y envasado de medicamentos proclive a error. Las posibles causas podrían englobarse en los siguientes tipos de error:

1. Falta de datos mínimos requeridos.



La presentación de este jarabe de acetaminofeno (paracetamol) induce a pensar que el contenido son 500 mg en 30 mL y en realidad son 500 mg/15 mL. La expresión de la dosis es una información clave en la etiqueta de un medicamento. Una expresión poco clara de la dosis, o la ausencia de la misma, puede impedir la selección y el uso correctos del fármaco.

Los medicamentos pueden estar disponibles en múltiples presentaciones y diferentes concentraciones y además puede expresarse en una gran variedad de unidades; como resultado, las dosis pueden ser fácilmente malinterpretadas por los diferentes profesionales sanitarios que participan el sistema de utilización de los medicamentos.

2. Expresión ambigua de la dosis.



Genta Gobens ® 80 mg / 2 mL

Genta Gobens ® 40 mg / 2 mL



La dosis en el nombre del medicamento se debe expresar siguiendo las recomendaciones del grupo QRD incluidas en el siguiente documento: "Recommendations on the expression of strength, November 2009".

Las recomendaciones incluidas en la directriz europea de legibilidad: "Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use (Revision 1, 12 January 2009)" y otros documentos de referencia, indican que se debe expresar de la misma forma las diferentes dosis del mismo medicamento: por ejemplo, 250 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg y NUNCA 1 g.

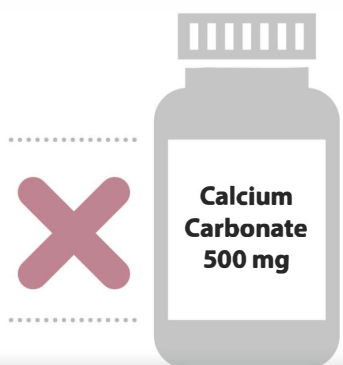
Los ceros finales no deben aparecer (2,5 mg y NUNCA 2,50 mg) y el uso de decimales se debe evitar, por ejemplo, sería aceptable 250 mg mientras que no lo sería 0,25 g). No obstante, existen algunas excepciones como es el caso de los anticonceptivos orales, en los que se considera preferible armonizar la unidad en la que se expresan los principios activos aunque la expresión de esta forma no esté en línea con las recomendaciones generales de uso de decimales. Por ejemplo, Etinilestradiol/Drospirenona 0,02 mg / 3 mg.

La utilización de la unidad "microgramo" genera preguntas sobre su expresión en la información del producto. De forma general, y según lo que se establece en la directriz europea de legibilidad, por motivos de seguridad no se debe utilizar la abreviatura (ni µg ni mcg) salvo en casos debidamente justificados en cuyo caso se utilizará únicamente la abreviatura µg. En el nombre del medicamento siempre se debe incluir el término "microgramos" de forma completa, si bien a lo largo del texto de la ficha técnica se puede utilizar la forma abreviada.

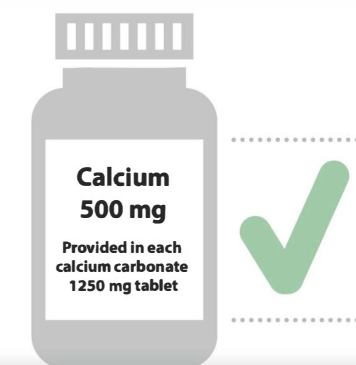
Parenteral preparations			
Liquid preparations	Single dose (in cases of 'total' use)	Total amount in the container	z mg**
	Single dose (in cases of 'partial' use)	Amount per unit volume	x mg/ml**
Liquid preparations	Multi-dose	Amount per unit volume	x mg/ml
Powders for liquid preparations***	Single dose	Total amount in the container	z mg
Powders for liquid preparations	Multi-dose	Amount per unit volume after reconstitution	x mg/ml
Concentrates	Single dose (in cases of 'total' use)	Total amount in the container	z mg**
	Single dose (in cases of 'partial' use)	Amount per unit volume before dilution	x mg/ml**
Concentrates	Multi-dose	Amount per unit volume before dilution	x mg/ml

Además, la normativa Europea referente al etiquetado de los medicamentos obliga a expresar y dosificar los principios activos en su forma activa (como base) a pesar de que se formulan para su comercialización como sales orgánicas para modificar sus propiedades fisicoquímicas y especialmente su solubilidad. Por tanto, cuando la expresión de la dosis se expresa en el etiquetado en la forma de sus sales puede inducir a error tanto en la prescripción como en la preparación y administración de los medicamentos.

Front panel label incorrectly displaying calcium salt with elemental calcium strength.



Front panel label correctly displaying both the elemental calcium and calcium salt strength.



Un reciente ejemplo de esto, son las ampollas de Noradrenalina (NA), que a partir de 2023 vendrán etiquetadas de diferente manera para adaptarse a la normativa europea y a pesar de contener la misma cantidad y la misma concentración de **noradrenalina bitartrato** (1 mg/mL), (forma de sal); vendrán expresadas en forma de **noradrenalina base** (0,5 mg/mL). Sin embargo, **NO se debe preparar el doble de la dosis con las mismas ampollas**, pensando de manera errónea que tienen la mitad de concentra-

ción que las anteriores.

De la misma manera, es importante revisar la dosificación que se está empleando para asegurar si las dosis se están calculando como NA base o NA bitartrato ya que pueden aparecer en ambas formas en diferentes bases de datos. Nuestra recomendación será que deberá adaptarse la dosificación a la establecida para NORADRENALINA BASE. Se muestra el ejemplo de la NA del laboratorio Normon® pero será igual para todas las marcas comercializadas, es decir, vendrán expresadas en la forma de la base, no de la sal.



Noradrenalina B. Braun® amp (ETIQUETADO ANTERIOR)



Noradrenalina B. Braun® amp (ETIQUETADO NUEVO)

3. Cambios de expresión en el tiempo

Las ampollas Suplecal® mini-plasco solución inyectable 10 mL (gluconato cálcico), venían hace años expresadas en porcentaje de la sal por volumen (10%) y posteriormente expresaba su contenido en miliequivalentes (meq) para adaptarlo a las recomendaciones de dosis de su ficha técnica. Posteriormente, el etiquetado de las ampollas de gluconato cálcico se modificó,



Suplecal sol Iny (etiquetado anterior) Suplecal sol Iny (etiquetado nuevo)

de forma que ahora indicaba la composición en calcio en milimoles, en lugar de indicarlo en mEq. Este cambio generó muchas dudas a los profesionales sanitarios acostumbrados a dosificar este medicamento en mEq.

Actualmente la composición viene expresada tanto en miliequivalentes como en milimoles por ampolla y ha desaparecido por completo la expresión en porcentaje que obligaba a realizar cálculos de dosis y convertir los miligramos de la sal en miligramos de base.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

1 ml contiene 94 mg de gluconato de calcio monohidrato equivalentes a 0,21 mmol calcio como principio activo.

10 ml (1 ampolla) contienen 940 mg de gluconato de calcio monohidrato como principio activo equivalentes a 2,10 mmol calcio.

Excipientes con efecto conocido: el producto contiene D-sacarato de calcio tetrahidrato como excipiente equivalente a 0,02 mmol de calcio por ml (o 0,15 mmol de calcio por 10 ml).

El contenido total de calcio es de 0,23 mmol por ml (equivalente a 9,22 mg de calcio por ml) o 2,25 mmol por 10 ml (equivalente a 92,2 mg de calcio por 10 ml).

Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Solución inyectable.
Solución acuosa transparente, de incolora a ligeramente marrón clara, prácticamente libre de partículas.

4. No coincidencia dosis acondicionamiento, dosis prescripción



Zerbaxa 1 g/0,5 g (ceftolozano/tazobactam) viales



Etiquetado en EE.UU.

En el antibiótico CEFTOLOZANO/TAZO-BACTAN de reciente comercialización, la composición refleja cada ingrediente activo de forma individual (1g/ 0,5g), de acuerdo con la normativa europea, y que el medicamento se dosifica en base al ceftolozano, de forma similar a otros medicamentos comercializados de este tipo, como la piperacilina/tazobactam.

Se han producido errores de dosificación en nuestro país al prescribirse este medicamento en base a la suma de los dos ingredientes activos como se expresa en EEUU, ya que esta información no es coherente con la indicada en el etiquetado y ficha técnica europeos (dosis de 3 g /8 h en neumonía nosocomial, en lugar de 2 g de ceftolozano y 1 g de tazobactam, y se interpretó que tenían que administrarse 3 viales).

Se han producido errores de dosificación en nuestro país al prescribirse este medicamento en base a la suma de los dos ingredientes activos como se expresa en EEUU, ya que esta información no es coherente con la indicada en el etiquetado y ficha técnica europeos (dosis de 3 g /8 h en neumonía nosocomial, en lugar de 2 g de ceftolozano y 1 g de tazobactam, y se interpretó que tenían que administrarse 3 viales).

REFERENCIAS

- Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Qual Safteyl Saf.* 2021;Feb 30(2):96-105.
- Lacasa C, Ayeararán A. Estudio Multicéntrico español para la Prevención de Errores de Medicación. Resultados de cuatro años (2007-2011). *Farm Hosp.* 2012;36(5):356-67.
- Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos. ISMP-España. <https://www.ismp-espana.org/>
- Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos. ISMP-España. Los 10 tipos de errores de medicación con mayor riesgo notificados en 2020. *Boletín 50 [Internet].* 2021;Febrero.
- Real Decreto 1345/2007 por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
- Preguntas y respuestas sobre la información a incluir en ficha técnica, prospecto y etiquetado. <https://www.aemps.gob.es/>
- Recommendations on the expression of strength, November 2009. <https://www.ema.europa.eu/>
- Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use (Revi-

Manos limpias salvan vidas.

Servicio de Medicina preventiva
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

En el taller impartido en la Segunda Semana de Seguridad del Área 1 - Arrixaca se revisaron los motivos por los que tenemos que realizar la higiene de manos, cómo y cuándo hacerlo adecuadamente.

Como toda actividad formativa, se buscó alcanzar objetivos de conocimientos, de actitudes y de habilidades (con el empleo de lámparas de luz ultravioleta al inicio y durante la realización del taller, para comprobar la correcta higiene de manos de los asistentes).

¿POR QUÉ REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS?

Miles de personas mueren anualmente en España a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria. Un 8% de pacientes que ingresan en los hospitales en España adquieren una infección nosocomial (Estudio EPINE 2021), siendo las manos la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria. La higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos y para evitar las infecciones nosocomiales.

¿CÓMO REALIZAR CORRECTAMENTE LA HIGIENE DE MANOS?

Las manos se desinfectan frotándolas con solución alcohólica (unos 3 ml) y siguiendo los 6 pasos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (palma contra palma, palma-dorso, entre los dedos, dorso de dedos, pul-

gares y punta de los dedos) durante un mínimo de 20 segundos. La solución alcohólica es el método de elección para desinfectar las manos del personal sanitario por ser más eficaz que el agua y jabón (incluso más que el jabón antiséptico), y por tener un efecto protector más prolongado en su protección que el agua y el jabón. Sin embargo, hay que utilizar agua y jabón al principio y al final de la jornada laboral, cuando las manos estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, después de acudir al cuarto de baño, antes de comer, o cuando se atienden pacientes con colonización o infección por la bacteria *Clostridium difficile*. Una correcta higiene de manos con agua y jabón requiere de un mínimo de 40 segundos de duración. Las principales guías internacionales, además, recomiendan no portar anillos, pulseras, relojes, uñas postizas o laca de pintura en las uñas, dado que interfieren con una correcta higiene de manos.

¿CUÁNDO REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS?

Es una obligación y una responsabilidad del personal sanitario desinfectarse las manos en los siguientes momentos:

- 1) Inmediatamente antes y después de cada contacto con cada paciente o su entorno.
- 2) Antes de realizar cualquier intervención limpia o aséptica.
- 3) Después de realizar cualquier tarea sucia (contacto con fluidos corporales).
- 4) Antes y después del uso de guantes.

USO DE GUANTES

El uso inadecuado de guantes es otra causa frecuente de transmisión de microorganismos en el entorno sanitario. Durante la realización del taller se repasaron las circunstancias en las que el personal sanitario debe usar guantes para protegerse. Son las siguientes:

- Cuando el personal sanitario tenga heridas o lesiones cutáneas,
- Cuando el profesional maneje o entre en contacto con sangre, fluidos corporales o superficies contaminados por ellos, y
- Cuando el profesional vaya a realizar intervenciones asépticas o limpias o esté manejando objetos punzantes.

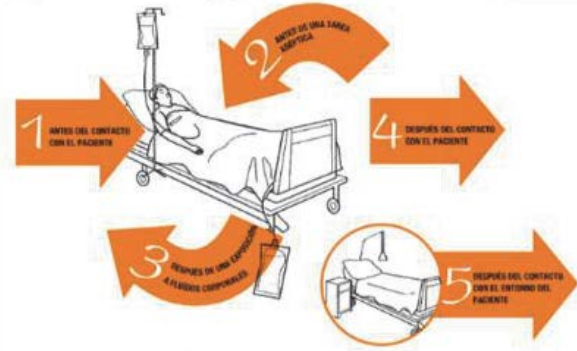
En el resto de situaciones, NO es necesaria su utilización.

Recordad que el uso de guantes NO reemplaza la higiene de manos. De hecho, los guantes de uso habitual no son estériles, y la barrera protectora que se le supone no es perfecta; es posible que existan poros o micro roturas por los que las manos pueden contaminarse incluso si se utilizan guantes. Por lo tanto, las manos SIEMPRE deben desinfectarse con solución alcohólica ANTES y DESPUÉS de utilizar los guantes.

En el Servicio de Medicina Preventiva del hospital ofrecemos talleres de formación para todo el personal sanitario que lo solicite.

Podéis poneros en contacto con nosotros a través de correo: preventiva.hiva.sms@carm.es, o llamando al teléfono 968-369-620.

los 5 momentos de la higiene de manos



- 1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE**
CUÁNDO Realizar la higiene de las manos antes de tocar al paciente, cuando nos acercamos a él o ella.
EJEMPLOS Almorzarle la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico.
- 2 ANTES DE UNA TAREA ASÉPTICA**
CUÁNDO Realizar la higiene de las manos inmediatamente antes de cualquier tarea aséptica.
EJEMPLOS Cuidado oral/dental, aspiración de secreciones, curas, inserción de catéteres, preparación de alimento o de medicación.
- 3 DESPUÉS DE UNA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES**
CUÁNDO Inmediatamente después de una exposición a fluidos corporales (y después de cubrir los guantes).
EJEMPLOS Cuidado anal/dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sonda, orina, heces, manipulación de desechos.
- 4 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE**
CUÁNDO Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente, o su entorno inmediato, cuando nos alejamos de él o ella.
EJEMPLOS Al entrarle la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico.
- 5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE**
CUÁNDO Después de tocar cualquier objeto o mobiliario en el entorno inmediato del paciente, si el entorno (incluido si no se ha tocado al paciente).
EJEMPLOS Cambiar la ropa de la cama, entrar la velocidad de ventilación.



El traslado intrahospitalario seguro salva vidas.

M^{ra} Reyes Campillo Palomera
Enfermera. Urgencias pediátricas

Uno de los talleres de la Segunda Semana de Seguridad del Área 1 - Arriaco se dedicó a la transferencia de pacientes entre servicios o unidades, donde los eventos adversos son especialmente frecuentes.



La transferencia del paciente es considerada por todas las organizaciones internacionales que trabajan por la seguridad del paciente, como una de las principales prácticas seguras para disminuir el número de eventos adversos que sufren nuestros pacientes.

La transferencia del paciente es un proceso de comunicación entre profesionales mediante el cual se traspa la información relevante, la responsa-

bilidad, la atención y el cuidado de un paciente. Esta comunicación debe hacerse siempre en bucle cerrado, es decir con continuos pasos de repetición para que quede claro que se ha captado el mensaje de manera fiable y completa.

Este es un proceso con gran complejidad en el que van a intervenir diferentes factores tanto personales como a nivel institucional y donde por encima de todo el éxito de la transferencia va a depender de compartir un modelo mental entre emisor y receptor. Nuestra principal herramienta para hacer una transferencia de calidad son los métodos estándar de transferencia (MET). El uso de estos tiene muchas ventajas como son estructurar la información, reforzar la memoria, disminuir los gradientes de autoridad y experiencia dentro del equipo, dar la oportunidad de hacer y responder preguntas y por último algo tan importante como limitar el impulso diagnóstico.

Algunos metodos

USA	SBAR	AU	ISOBAR	ESPAÑA	IDEAS
	S	I	I	I	I IDENTIFICACIÓN
	S	S	S	D	D DIAGNÓSTICO
	B	O	O	E	E ESTADO
	A	B	B	A	A ACCIONES
	R	A	A	S	S SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
		R	R		
			R		

No hay evidencia científica de que un MET nos aumente la seguridad del paciente por encima de los demás. Algunos de ellos como los métodos SBAR, ISOBAR o IDEAS son ampliamente reconocidos en nuestro entorno.

Además una transferencia de calidad debe de contemplar aspectos como quién, cuándo, cómo y dónde se hace la transferencia.



5 Buenos consejos

- 1 PROMUEVE UN ENTORNO SEGURO PARA UNA COMUNICACIÓN ABIERTA ENTRE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO CON INDEPENDENCIA DE SU ROL O RANGO
- 2 IMPLEMENTA EQUIPOS DEDICADOS A ENTRENAR AL PERSONAL EN TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN.
- 3 USA UN MODELO DE ESTANDARIZACIÓN DE TRANSFERENCIA PARA ASEGURAR QUE LA INFORMACIÓN ES COMPLETA Y FIABLE.
SE DEBEN INVOLUCRAR AMBAS PARTES MEDIANTE UN DIALOGO ACTIVO.
EL RECEPTOR DEBE RESUMIR LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA COMPROBAR QUE HA ENTENDIDO Y CAPTADO LA INFORMACIÓN
- 4
- 5 PREPARA HERRAMIENTAS Y PLANES DE CONTINGENCIA PARA ASEGURAR QUE TANTO EMISORES COMO RECEPTORES HABITUALES DE TRANSFERENCIA COMPARTEN EL MISMO MODELO MENTAL.

