



# Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales

Adaptación del *ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)

**Un instrumento para la mejora de la calidad**



El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales es una adaptación del *ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, cuestionario registrado por el *Institute for Safe Medication Practices* que ha concedido la licencia para su uso al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).



Edita y distribuye:  
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

# **Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales**

Adaptación del *ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)

## **Un instrumento para la mejora de la calidad**

# Adaptación española

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales en su versión española ha sido patrocinado y financiado por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de un convenio con la Universidad de Salamanca.

La adaptación de este cuestionario ha sido coordinada por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos y en su elaboración ha participado un Grupo de Trabajo constituido por los siguientes profesionales:

Coordinación:

*María José Otero.* Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos.  
Hospital Universitario de Salamanca.

- Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Hospital Universitario de Salamanca:

*María Rita Martín Muñoz*  
*Silvia Jiménez Cabrera*  
*Pablo de la Cruz Murie*  
*Alfonso Domínguez-Gil Hurlé*

- Fundación Hospital de Alcorcón:

*Montserrat Pérez Encinas*  
*Sira Sanz Márquez*

- Hospital Clínic de Barcelona:

*Carlos Codina Jané*  
*Natalia Creus Baró*

- Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona:

*Julio Martínez Cutillas*  
*Josep Monterde Junyent*

- Instituto Oncológico de San Sebastián:

*Gerardo Cajaraville Ordoñana*  
*María José Tamés Alonso*

- Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla:

*María Dolores Santos Rubio*  
*Trinidad Desongles Corrales*

- Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de La Coruña:

*Pilar Salvador Garrido*  
*Isabel Martín Herranz*

El Grupo de Trabajo agradece la asistencia técnica de las siguientes instituciones:

-Institute for Safe Medication Practices-EEUU (ISMP):

*Allen J. Vaida*  
*Matthew Grisinger*

-Institute for Safe Medication Practices- Canadá (ISMP-Canadá):

*David U*  
*Robert Lam*

# PRESENTACIÓN

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen es de tal relevancia que las principales organizaciones de salud (OMS, OPS, Unión Europea), agencias y organismos internacionales como la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), la *National Patient Safety Agency* (NPSA) y la OCDE han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica.

Sin embargo, a pesar de las buenas intenciones un alto porcentaje de acontecimientos adversos sigue ocurriendo en todos los sistemas sanitarios. Una de las razones aducidas es que la información sobre la evidencia de cómo prevenir o reducir dichos efectos no está ampliamente disponible. Por este motivo organizaciones como la AHRQ y el *National Quality Forum* (NQF) promueven la aplicación de un código de buenas prácticas clínicas en los servicios de salud recomendadas por la repercusión económica para el sistema, importancia política y bajo costo de su aplicación debido a su efectividad en la reducción y prevención de acontecimientos adversos.

En este contexto el Ministerio de Sanidad y Consumo en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como determina la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha previsto en la Estrategia 8 del Plan de Calidad mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud a través de la firma de convenios específicos. Estos convenios incluyen una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

Asimismo, dentro de la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el SNS, la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos se contempla como una de las áreas fundamentales, ya que los errores de medicación son los tipos más frecuentes de errores y de los que se dispone de más información, fundamentalmente de aquellos que suceden en el ámbito hospitalario. Este hecho ha sido recientemente constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados estaban causados por medicamentos.

Otros estudios realizados en España, centrados específicamente en analizar los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos, han puesto de manifiesto también la elevada repercusión asistencial y económica de los errores de medicación.

Una estrategia básica que se postula para mejorar la seguridad de la asistencia sanitaria es la necesidad de poner en marcha medidas dirigidas a mejorar los sistemas. En este contexto, las instituciones necesitan disponer de herramientas que les ayuden a evaluar estos sistemas, para conocer sus riesgos e identificar oportunidades de mejora y así planificar convenientemente las medidas que deben priorizar para avanzar eficientemente en la seguridad del paciente.

Con este objetivo, el Gobierno autorizó, en Consejo de Ministros de 29 de septiembre de 2006, la suscripción de un **Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Salamanca, a través del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) para promover y mejorar la seguridad del uso de los medicamentos en los hospitales**. Este convenio incluye la adaptación a España del cuestionario del ISMP de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales, así como la realización de un estudio de la situación de seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los centros hospitalarios.

Estamos convencidos que tanto este cuestionario adaptado como el resultado del trabajo de campo desarrollado por los servicios de farmacia de los hospitales implicados en el estudio supondrán una herramienta y una motivación crucial para el objetivo común de lograr un sistema sanitario más seguro para nuestros pacientes.

Dr. Alberto Infante Campos  
Director General de la Agencia de Calidad  
Ministerio de Sanidad y Consumo

## **Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos**

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) es la delegación española del *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)*, organización establecida en EE.UU. y reconocida a nivel internacional que se dedica enteramente a la prevención de los incidentes por medicamentos.

El ISMP-España es, como su homólogo americano, una organización sin ánimo de lucro, cuya misión es promover la seguridad y mejorar la calidad del sistema de utilización de los medicamentos. Desde su creación trabaja en el fomento de una cultura de seguridad responsable en el sistema sanitario, en la detección y aprendizaje activo de los errores, en la difusión de prácticas de seguridad efectivas y en la formación de los profesionales, colaborando estrechamente con instituciones, profesionales sanitarios, sociedades, organismos, etc. Ha sido pionera en sensibilizar a los profesionales sobre la trascendencia clínica de los errores de medicación y en estudiar el alcance de este problema en nuestro país. Es miembro fundador de la *International Network of Safe Medication Practice Centres*, que permite intercambiar información y coordinar esfuerzos a nivel internacional.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos inició en el año 2000 el primer programa voluntario de notificación y prevención de errores de medicación, cuyo objetivo fundamental es centralizar y obtener información sobre los errores de medicación que ocurren en la práctica clínica y sus causas, con el fin de establecer y transmitir recomendaciones dirigidas a evitar que vuelvan a producirse errores similares.

Para más información, puede consultar la página web del ISMP-España: [www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>Instrucciones para cumplimentar el cuestionario</b> .....	<b>8</b>
<b>Información demográfica sobre el hospital</b> .....	<b>11</b>
<b>Baremo de valoración</b> .....	<b>13</b>

## **Elementos clave del cuestionario de autoevaluación:**

<b>I. Información sobre los pacientes</b> .....	<b>14</b>
<b>II. Información de los medicamentos</b> .....	<b>17</b>
<b>III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación</b> .....	<b>21</b>
<b>IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos</b> .....	<b>23</b>
<b>V. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos</b> .....	<b>26</b>
<b>VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos</b> .....	<b>31</b>
<b>VII. Factores del entorno</b> .....	<b>33</b>
<b>VIII. Competencia y formación del personal</b> .....	<b>35</b>
<b>IX. Educación al paciente</b> .....	<b>38</b>
<b>X. Programas de calidad y gestión de riesgos</b> .....	<b>40</b>

## **Anexos:**

<b>1. Definiciones</b> .....	<b>47</b>
<b>2. Breve descripción de los elementos clave</b> .....	<b>49</b>
<b>3. Criterios esenciales</b> .....	<b>50</b>
<b>4. Preguntas más frecuentes (PMF)</b> .....	<b>51</b>





# Introducción

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales es una herramienta para la mejora de la calidad que fue desarrollada originariamente por el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) en Estados Unidos. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación en España del ISMP, con el apoyo y financiación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la colaboración técnica de un Grupo de Expertos de varios hospitales españoles ha adaptado este cuestionario para su utilización en nuestro país.

Este cuestionario permite **evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificar cuáles son sus puntos de riesgo y las oportunidades de mejora, y es también muy útil para valorar cuál es la situación basal de un hospital con respecto a la seguridad y objetivar los progresos que se realicen** en este área.

El cuestionario consta de 232 puntos de evaluación que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación, que el ISMP ha incluido a partir de su experiencia en el análisis de errores de medicación y consultorías en hospitales. Estos puntos de evaluación no pretenden ser los estándares mínimos de seguridad para los hospitales. De hecho, algunos de los puntos recogidos en el cuestionario son prácticas innovadoras, aún no implantadas en la mayoría de los centros, pero que se recomienda introducir porque se dispone de evidencia que demuestra su eficacia en la reducción de errores de medicación.

Está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos. Estos a su vez incluyen uno o más criterios esenciales.

Cada punto de evaluación debe ser valorado con respecto a su implantación en el hospital utilizando un baremo con 5 posibilidades. No todos los puntos tienen asignada la misma valoración, sino que ésta depende de su eficacia para evitar los errores.

Con el fin de facilitar el análisis de la información, se dispone de una aplicación informática que permite introducir *on-line* los resultados de la evaluación a través de la web del ISMP-España. Una vez cumplimentado de esta forma, cada hospital puede disponer de un análisis individualizado de sus propios datos, compararlos con la información agregada de otros hospitales similares y, además, puede efectuar periódicamente nuevas evaluaciones para controlar sus progresos con el tiempo.

Este cuestionario está considerado como un **instrumento de trabajo** muy útil para **orientar y planificar las prácticas que conviene implantar para avanzar en la prevención de errores de medicación**, así como para evaluar las mejoras conseguidas, por lo que se recomienda cumplimentar con una periodicidad anual o bianual como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales.

# Instrucciones para cumplimentar el cuestionario

## 1. Reunir un equipo multidisciplinar

El sistema de utilización de medicamentos en los hospitales es un sistema complejo y multidisciplinar. Por ello, su evaluación a través de un cuestionario como el que aquí se presenta debe ser realizada por un equipo multidisciplinar que, como mínimo, debería estar integrado por un farmacéutico, un médico, una enfermera, un experto en mejora de la calidad o en gestión de riesgos y un representante del equipo directivo.

Si la evaluación se efectúa por un único tipo de profesionales y/o por especialistas de un área hospitalaria concreta, es posible que la validez de los resultados obtenidos sea inferior, especialmente si se quiere usar como un instrumento con el que plantear iniciativas de mejora de la seguridad en el centro. También es conveniente que los profesionales que realicen la evaluación conozcan la realidad asistencial y las prácticas habituales de los diferentes servicios o áreas del hospital. La presencia de un representante del equipo directivo es especialmente positiva, ya que demuestra el compromiso de la dirección por la mejora de la seguridad y, a través del cuestionario, conocerá de primera mano las áreas de mayor riesgo en el sistema de utilización de los medicamentos del centro y las oportunidades de mejora.

En aquellos hospitales donde esté constituido un Grupo de Trabajo para la Prevención de Errores de Medicación o un Comité de Seguridad Clínica, es aconsejable que la cumplimentación de este cuestionario se lleve a cabo como una actividad anual o bianual de ese Grupo de Trabajo o Comité.

El equipo debe disponer de tiempo suficiente para completar el cuestionario de autoevaluación con rigor y franqueza. Se sugiere que se realicen tres sesiones de una o dos horas para completarlo.

## 2. Leer previamente y revisar el cuestionario

Cada miembro del equipo deberá haber leído y revisado el documento completo antes de la primera reunión de trabajo. Esta lectura previa tiene como objetivo que el equipo conozca el cuestionario y haya analizado las diferentes prácticas de seguridad que en él se evalúan antes de comenzar su cumplimentación, para así agilizar el proceso.

El *copyright* © del cuestionario permite hacer copias para uso interno, pero en ningún caso se debe modificar o alterar el contenido del documento para uso personal, público o con fines comerciales, excepto si se obtiene permiso por escrito del ISMP-España.

## 3. Completar el apartado de información demográfica

Antes de comenzar el cuestionario, el equipo deberá cumplimentar la información demográfica del hospital. Este es un apartado obligatorio de rellenar cuando se cumplimenta el cuestionario *online* (ver apartado 6). Esta información le permitirá posteriormente comparar sus resultados con la información agregada de otros hospitales de características similares.

## 4. Cumplimentar el cuestionario

El equipo discutirá cada uno de los puntos de autoevaluación y valorará su grado de implantación en la institución. Para algunos puntos, si es necesario, se consultará con otros miembros del personal sanitario del hospital.

En esta valoración se tendrá en cuenta que los puntos de evaluación del cuestionario se refieren a la medicación prescrita, dispensada y administrada por la institución tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios, en aquellos hospitales que presten asistencia a estos pacientes.

Cuando se llegue a un consenso acerca del grado de implantación, se seleccionará y marcará la opción del baremo elegida para cada punto. Las posibles respuestas son:

- A.** No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este punto.
- B.** Este punto se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado.
- C.** Este punto se ha implantado parcialmente en algunas o todas las áreas de la institución.
- D.** Este punto se ha implantado completamente en algunas áreas de la institución.
- E.** Este punto se ha implantado completamente en toda la institución.

Para los puntos de autoevaluación con varios componentes hay que considerar una implantación completa (una valoración de D o E) sólo si están implantados todos los componentes. Si se han implantado sólo uno o algunos de los componentes parcial o totalmente en la institución, la puntuación no debe sobrepasar la C.

Para los puntos de autoevaluación con dos elementos distintos, separados por la letra “o” e indicados como “a” y “b”, se debe contestar bien a la parte “a” o bien a la “b”, pero no a ambas.

La respuesta “no aplicable”, disponible sólo para algunos puntos del cuestionario, se debe seleccionar cuando el hospital no realiza nunca la actividad a la que hace referencia el punto de evaluación.

Este proceso de valoración se repetirá para todos los puntos del cuestionario.

En algunos casos, y siempre a criterio de cada hospital, puede ser aconsejable adjuntar y archivar documentación, para uso interno exclusivamente, que permita conocer *a posteriori* los criterios que utilizó el equipo evaluador para asignar una determinada valoración a un punto en concreto (por ejemplo, acta de la Comisión de Farmacia y Terapéutica o del Comité de Seguridad Clínica en la que se debata o apruebe la implantación de una medida de mejora, manuales de procedimientos, etc.). Además, en la aplicación *on-line* se dispone en cada punto de evaluación de un fichero donde se puede escribir un breve comentario sobre la documentación utilizada para evaluar dicho punto. Con ello se pretende dar mayor objetividad a la valoración del cuestionario y facilitar la cumplimentación del mismo en evaluaciones posteriores.

## 5. Preguntas más frecuentes (PMF)

El cuestionario ofrece información adicional en algunos puntos de evaluación para facilitar su interpretación y comprensión. Esta información se recoge en forma de respuesta a las Preguntas más frecuentes (PMF), las cuáles se pueden consultar en el Anexo 4 de este documento (página 51) o en la web del ISMP-España ([www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)).

Si durante la cumplimentación del cuestionario se requiere ayuda adicional, se podrá contactar con el ISMP-España a través de su web o mediante e-mail ([ismp@ismp-espana.org](mailto:ismp@ismp-espana.org)).

## 6. Registrar las respuestas en el programa informático

Una vez cumplimentado el cuestionario, las respuestas se podrán introducir *on-line* en el programa informático disponible en la web del ISMP-España ([www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)). Para poder acceder a este programa, se debe contactar con el ISMP-España ([ismp@ismp-espana.org](mailto:ismp@ismp-espana.org), teléfono: 923 291257) y solicitar una clave o contraseña. Esta clave será única e intransferible para cada hospital. Es posible introducir las respuestas por etapas, así como modificarlas siempre que desee hasta que se considere finalizada la evaluación.

Se recomienda utilizar el programa porque permite efectuar fácilmente el análisis de los resultados y compararlos con los de otros hospitales de características similares. Además, si un hospital ya ha cumplimentado y registrado anteriormente otros cuestionarios, podrá comparar sus nuevos resultados con las evaluaciones previas.

La valoración asignada no es igual para todos los puntos del cuestionario, ya que algunos representan prácticas de prevención de errores más efectivas que otras. Estos puntos tienen asignado un mayor peso específico. Las posibles puntuaciones para las opciones A, B, C, D o E del baremo son, respectivamente:

0, 1, 2, 3, 4  
0, 2, 4, 6, 8  
0, 3, 6, 9, 12  
0, 4, 8, 12, 16

Además, para determinados puntos de evaluación la puntuación sólo se adjudica si están completamente implantados en toda la institución, es decir, si se ha contestado la opción E. En estos casos las posibles puntuaciones son:

0, 0, 0, 0, 4  
0, 0, 0, 0, 8  
0, 0, 0, 0, 12

En el caso de haber marcado la opción “no aplicable”, si procede, el punto de evaluación quedará excluido y no puntuará en el cómputo total. En el análisis de los resultados las puntuaciones se expresan en porcentaje, por lo que el resultado total no se ve afectado aunque la respuesta sea “no aplicable” para uno o varios puntos del cuestionario.

El programa está diseñado de forma que en todo momento se asegura la confidencialidad de la información. Cada usuario sólo tiene acceso mediante contraseña a sus propios datos. En ningún momento es posible conocer el origen del resto de la información.

Por último, lo más importante: **recuerde que los resultados deben usarse únicamente con el propósito de mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el centro hospitalario.**

# Información demográfica sobre el hospital

La información demográfica permite registrar las principales características del hospital que cumplimente el cuestionario, y hace posible analizar y comparar sus resultados con la información agregada de otros hospitales de características similares.

Por favor, indique en cada apartado la característica que mejor describa el hospital.

## 1.- Número de camas:

- ≤ 99
- 100-199
- 200- 499
- ≥ 500

## 2.- Dependencia funcional:

- Sistema Nacional de Salud.
- Otros públicos (Diputación, Municipio, Administración Penitenciaria, etc.).
- Privado benéfico (Cruz Roja, Iglesia, etc.).
- Privado no benéfico.
- Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Ministerio de Defensa.

## 3- Finalidad asistencial:

- General.
- Monográfico: geriatría y/o larga estancia.
- Monográfico: psiquiátrico.
- Monográfico: quirúrgico.
- Monográfico: traumatológico y/o rehabilitación .
- Monográfico: oncológico.
- Otros:.....

## 4.-Especialidades o áreas asistenciales de que dispone (marcar una o varias respuestas si procede):

- Oncología (marcar aunque se administre quimioterapia con poca frecuencia).
- Hematología (marcar aunque se administre quimioterapia con poca frecuencia).
- Pediatría (marcar aunque sólo se atiendan pacientes pediátricos en el Servicio de Urgencias).
- Neonatología.
- Trasplante de órganos.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Unidad de pacientes externos (Servicio de Farmacia).
- Ninguna de las anteriores.

5.- Docencia:

- Con docencia pregraduada y/o postgraduada.
- Sin docencia.

6.- Comunidad autónoma a la que pertenece:

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla-La Mancha
- Castilla y León
- Cataluña
- Extremadura
- Galicia
- Madrid
- Murcia
- Navarra
- País Vasco
- La Rioja
- Valencia
- Ceuta
- Melilla

# Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales

## Baremo de valoración

- A** No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este punto.
- B** Este punto se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado.
- C** Este punto se ha implantado parcialmente en algunas o todas las áreas de la institución.
- D** Este punto se ha implantado completamente en algunas áreas de la institución.
- E** Este punto se ha implantado completamente en toda la institución.

**Para los puntos de autoevaluación con varios componentes** hay que considerar una implantación completa (una valoración de D o E) sólo si están implantados todos los componentes. Si se han implantado sólo uno o algunos de los componentes parcial o totalmente en la institución, la puntuación no debe sobrepasar la C.

**Para los puntos de autoevaluación con dos elementos distintos**, separados por la letra **O** e indicados como "a" y "b", contestar bien a la parte "a" o bien a la "b", pero **no a ambas**.

# I. INFORMACIÓN SOBRE LOS PACIENTES

## Criterio esencial # 1:

**La información esencial sobre los pacientes se obtiene y está disponible de inmediato en un formato útil, y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
1.1	Los médicos y enfermeras pueden acceder con facilidad al registro electrónico de los resultados de laboratorio de los <u>pacientes hospitalizados</u> desde sus puestos de trabajo <u>en el hospital</u> .					
1.2	Los farmacéuticos pueden acceder con facilidad al registro electrónico de los resultados de laboratorio de los <u>pacientes hospitalizados</u> desde sus puestos de trabajo <u>en el hospital</u> .					
2.1	Los médicos y enfermeras pueden acceder con facilidad al registro electrónico de los resultados de laboratorio de los <u>pacientes ambulatorios</u> desde sus puestos de trabajo <u>en el medio ambulatorio</u> .					
2.2	Los farmacéuticos pueden acceder con facilidad al registro electrónico de los resultados de laboratorio de los <u>pacientes ambulatorios</u> desde sus puestos de trabajo <u>en el medio ambulatorio</u> .					
3.1	Los médicos y enfermeras pueden acceder con facilidad al registro electrónico de los resultados de laboratorio tanto de los <u>pacientes hospitalizados</u> como de los <u>pacientes ambulatorios</u> desde sus puestos de trabajo tanto <u>en el hospital como en el medio ambulatorio</u> .					
3.2	Los farmacéuticos pueden acceder con facilidad al registro electrónico de los resultados de laboratorio tanto de los <u>pacientes hospitalizados</u> como de los <u>pacientes ambulatorios</u> desde sus puestos de trabajo tanto <u>en el hospital como en el medio ambulatorio</u> .					
4	La información básica del paciente (nombre, unidad de hospitalización, número de historia clínica, fecha de nacimiento, médico, etc.) está clara y se puede ver fácilmente en todas las prescripciones transmitidas al servicio de farmacia, ya sea mediante etiquetas adhesivas o similares sobre las copias de papel, o en las prescripciones enviadas electrónicamente.					
5	Un profesional sanitario (enfermera, farmacéutico, médico) verifica que la información sobre las alergias del paciente registrada en el sistema informático es correcta, y que los nombres de los alérgenos están bien escritos y codificados para posibilitar su detección automática por el sistema informático de farmacia. <b>PMF</b> – Ver página 51					
6	Las prescripciones médicas <u>no pueden</u> ser registradas en el sistema informático de farmacia hasta que las <u>alergias</u> del paciente se han registrado y codificado adecuadamente (las alergias del paciente son un campo obligatorio).					
7	El sistema informático de farmacia examina y detecta <u>automáticamente</u> los medicamentos a los que son alérgicos los pacientes (incluyendo alergias cruzadas) y proporciona una alerta clara al personal sanitario cuando se registra la prescripción.					

- A** = No se ha implantado este punto  
**B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado  
**C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas  
**D** = Completamente implantado en algunas áreas  
**E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>8a</b>	<b>En hospitales sin sistemas de prescripción electrónica:</b> en todos los impresos de prescripciones médicas se incluyen avisos destacados y visibles que relacionan las alergias del paciente y que sirven como recordatorio para los prescriptores (inicialmente los prescriptores relacionan las alergias en los impresos de prescripciones médicas y posteriormente, y de manera sistemática, el personal de la unidad asistencial transfiere esta información a los sucesivos impresos de prescripciones médicas conforme se van necesitando) <b>O</b> -----					
<b>8b</b>	<b>En hospitales con sistemas de prescripción electrónica:</b> los profesionales sanitarios introducen la información sobre alergias en el perfil del paciente y si los médicos prescriben un medicamento al que el paciente es alérgico salta una alerta electrónica. <i>PMF – Ver página 51</i>					
<b>9</b>	Las alergias se indican de forma claramente visible en todos los impresos o pantallas que muestran o registran la medicación específica de cada paciente (p. ej. hojas de registro de administración de medicamentos manuales o electrónicas, pantallas de los sistemas de prescripción electrónica, pantallas del sistema informático de farmacia, pantallas de los armarios de dispensación automatizada), como recordatorio para todos los profesionales sanitarios.					
<b>10</b>	La información sobre alergias de un ingreso anterior <u>está disponible de inmediato para los profesionales sanitarios</u> (p. ej. pantallas desplegadas durante la introducción de la primera serie de prescripciones) cuando un paciente reingresa, pero dicha información <u>no se asigna automáticamente</u> al campo de alergias, hasta que un profesional sanitario no verifica que es correcta. <i>PMF – Ver página 51</i>					
<b>11</b>	Las prescripciones médicas <u>no pueden</u> ser registradas en el sistema informático de farmacia mientras no se haya introducido el peso del paciente (el peso es un campo obligatorio).					
<b>12a</b>	<b>En hospitales sin sistemas de prescripción electrónica:</b> en todos los impresos de prescripciones médicas se incluye el peso del paciente para su consideración por los profesionales sanitarios que le atienden. <b>O</b> -----					
<b>12b</b>	<b>En hospitales con sistemas de prescripción electrónica:</b> los profesionales sanitarios introducen el peso en el perfil del paciente y cuando los médicos prescriben medicamentos que se dosifican según el peso corporal, el sistema calcula y muestra la dosis total que le corresponde al paciente por su peso.					
<b>13</b>	La información sobre la comorbilidad del paciente (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal o hepática, etc.) o condiciones especiales (embarazo, lactancia, etc.) se obtiene y se comunica a los farmacéuticos y está disponible en el sistema informatizado de farmacia para su consulta. <i>PMF – Ver página 51</i>					
<b>14</b>	Los farmacéuticos y/o los médicos ajustan sistemáticamente las dosis de los medicamentos que pueden ser tóxicos para los pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia hepática.					

- A** = No se ha implantado este punto  
**B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado  
**C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas  
**D** = Completamente implantado en algunas áreas  
**E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>15</b>	El programa informático para el registro de prescripciones en farmacia está <u>INTERCONECTADO directamente</u> con el sistema del laboratorio con el fin de alertar <u>automáticamente</u> a los profesionales sobre la necesidad de realizar posibles cambios o ajustes en el tratamiento farmacológico.					
<b>16</b>	Se emplea un LECTOR DE CÓDIGOS (p. ej. de código de barras) que utiliza al menos dos identificadores del paciente (p. ej. nombre y fecha de nacimiento, nombre y número de historia clínica) para verificar la identidad del paciente durante la administración de los medicamentos.					
<b>17</b>	Se han establecido e implantado unos criterios para el seguimiento de los pacientes que reciben SEDACIÓN MODERADA, analgesia controlada por el paciente u otras perfusiones intravenosas para el tratamiento del dolor (p. ej. monitorización de signos vitales, nivel de conciencia, uso de pulsioxímetro).					
<b>18</b>	Las medidas de seguimiento (p. ej. capnógrafo, alarmas de apnea) de los pacientes sometidos a analgesia controlada por el paciente u otras perfusiones intravenosas para el tratamiento del dolor se refuerzan cuando reciben tratamientos concomitantes que potencian los efectos de los opioides o presentan factores de riesgo (asma o apnea del sueño, obesidad o bajo peso corporal).					
<b>19</b>	Se han establecido unos criterios de selección de los pacientes para utilizar bombas de analgesia controlada por el paciente, que excluyen a los pacientes que por sí mismos no sean capaces de administrarse la medicación, debido a su nivel de conciencia, su estado fisiológico o su capacidad intelectual, y que contemplan ciertas situaciones en que la administración se puede realizar por personal sanitario cualificado o los padres u otros cuidadores entrenados.  <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se proporciona analgesia controlada por el paciente.					
		NO APLICABLE				
<b>20</b>	La administración de sedantes orales (p. ej. midazolam, hidrato de cloral) a niños como preparación para un procedimiento (p. ej. RMN) la realiza exclusivamente el personal sanitario cualificado, o los padres u otros cuidadores bajo supervisión, después de que el niño ha llegado al centro para asegurar un seguimiento adecuado de su estado neurológico y respiratorio, así como la disponibilidad del equipo de resucitación en el caso de una depresión respiratoria.  <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
		NO APLICABLE				

## II. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

### Criterio esencial # 2:

**La información esencial de los medicamentos está fácilmente disponible en un formato útil y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
21	Se obtiene una historia farmacoterapéutica completa de todos los pacientes hospitalizados o ambulatorios cuando ingresan o acuden a consulta, que incluye los medicamentos con y sin receta, vitaminas, plantas medicinales y sustancias de abuso.					
22	Se utiliza sistemáticamente un procedimiento estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que el paciente ha estado tomando antes del ingreso con los medicamentos prescritos en el ingreso y al alta.					
23	Se utiliza sistemáticamente un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente ha recibido antes y después de su traslado dentro del centro a otra unidad asistencial o servicio diferente.					
24.1	Todas las áreas asistenciales donde se administran medicamentos disponen de libros de referencia sobre medicamentos actualizados anualmente, adecuados para los pacientes que atienden, que incluyen información sobre plantas medicinales, y todos los libros obsoletos se retiran (se consideran obsoletos cuando ya está disponible una nueva edición o cuando su contenido ya no es relevante para la práctica asistencial).					
24.2	El servicio de farmacia mantiene libros de referencia de medicamentos actualizados, que incluyen información sobre plantas medicinales (los libros se consideran obsoletos cuando ya está disponible una nueva edición o cuando su contenido ya no es relevante para la práctica asistencial).					
25.1	Los farmacéuticos y el personal técnico de farmacia tienen fácil acceso (p.ej. en cada terminal de ordenador en la farmacia o en dispositivos PDA) a sistemas informáticos de información sobre medicamentos, actualizados y de manejo sencillo (p.ej. MicroMedex, BOT, Medimecum, e-CPS, etc.), que incluyen información sobre plantas medicinales.					
25.2	Los médicos y otros profesionales sanitarios no farmacéuticos tienen fácil acceso (p. ej. en cada terminal de ordenador en las áreas asistenciales o en dispositivos PDA) a sistemas informáticos de información sobre medicamentos, actualizados y de manejo sencillo (p.ej. MicroMedex, BOT, Medimecum, e-CPS, etc.), que incluyen información sobre plantas medicinales.					
26	Todos los recursos de información sobre medicamentos desarrollados internamente (p.ej. manuales de bolsillo, boletines de información sobre medicamentos, prescripciones preimpresas, protocolos o listas de control, material educativo para los pacientes, procedimientos de formulación magistral, etc.) se someten a un proceso formal de aprobación antes de su utilización, que incluye, al menos, su revisión por un farmacéutico y por quienes utilizarán dicho recurso.					
27	Las actualizaciones de las bases de datos de información sobre medicamentos para los sistemas de registro electrónico de prescripciones médicas (p.ej. sistema informático de farmacia, prescripción electrónica) las proporciona el proveedor y se reciben y descargan al menos trimestralmente. <b>No elegir "D" o "E" si las actualizaciones se reciben o descargan con una frecuencia superior a la trimestral.</b>					

- A** = No se ha implantado este punto  
**B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado  
**C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas  
**D** = Completamente implantado en algunas áreas  
**E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>28</b>	Los sistemas de información del centro mantienen activo el historial de los pacientes (al menos durante cinco años), lo que incluye la información demográfica básica (incluyendo alergias) y la historia farmacoterapéutica de cada episodio asistencial, y está accesible de inmediato para los farmacéuticos cuando un paciente vuelve a ingresar. <b>No elegir “D” o “E”</b> si la información se elimina con una frecuencia superior a cinco años.					
<b>29</b>	Los sistemas informáticos de farmacia de los pacientes hospitalizados y ambulatorios están INTERCONECTADOS entre sí, de forma que está disponible una información completa del paciente y de su medicación para los profesionales sanitarios, con independencia del lugar donde el paciente recibe la asistencia en el centro hospitalario (como paciente hospitalizado o ambulatorio). <b>PMF – Ver página 51</b> <b>Elegir “No aplicable”</b> si el servicio de farmacia no prepara o dispensa medicación para pacientes ambulatorios.				NO APLICABLE	
<b>30</b>	Los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO utilizados en el centro están perfectamente definidos, identificados, y han sido comunicados a todos los profesionales sanitarios que los prescriben, dispensan y administran.					
<b>31</b>	Los protocolos vigentes, directrices, escalas de dosificación y listas de control para la medicación de alto riesgo (p. ej. citostáticos, anticoagulantes, opioides, insulina, soluciones de electrolitos con potasio, magnesio, sodio o fosfato) son de fácil acceso para los médicos, farmacéuticos y enfermeras, y se utilizan cuando se prescriben, dispensan y administran estos medicamentos de alto riesgo.					
<b>32</b>	Se han establecido DOSIS MÁXIMAS para los medicamentos de alto riesgo, como citostáticos, electrolitos y opioides, y se han difundido e incluido en prescripciones preimpresas o alertas en los sistemas informáticos como referencia para médicos, enfermeras, farmacéuticos y técnicos en farmacia.					
<b>33</b>	El sistema informático de farmacia efectúa un control de los límites de dosis y avisa a los profesionales sanitarios acerca de las sobredosificaciones e infradosificaciones de todos los medicamentos de alto riesgo.					
<b>34</b>	El personal de farmacia revisa periódicamente el sistema informático para asegurar la existencia de alertas de dosis máximas para los medicamentos de alto riesgo, e incluye alertas para aquellos medicamentos que no las tengan.					
<b>35</b>	Para aquellos medicamentos inyectables que se titulan según su efecto (p. ej. perfusiones de insulina, dopamina, dobutamina, etc.) se han establecido límites de dosis mínimas y máximas, de forma que, cuando se alcanzan, (p.ej. caen por debajo de las dosis mínimas o exceden las dosis máximas), se exige la notificación del médico prescriptor para posteriores instrucciones en relación a la dosis o a la posible interrupción del tratamiento.					
<b>36</b>	Excepto en situaciones de urgencia vital, antes de iniciar los tratamientos todas las prescripciones se registran y se validan electrónicamente por un farmacéutico, considerando la situación clínica del paciente, para comprobar contraindicaciones, interacciones y adecuación de las dosis. <b>PMF – Ver página 51</b>					

**A** = No se ha implantado este punto

**B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado

**C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas

**D** = Completamente implantado en algunas áreas

**E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>37</b>	Las intervenciones farmacéuticas en respuesta a una prescripción médica potencialmente perjudicial para el paciente se comunican inmediatamente a las enfermeras que lo atienden, mientras se espera la aclaración de la prescripción (para reducir las reclamaciones por los retrasos y evitar la posible administración de medicamentos procedentes de las existencias en la unidad).					
<b>38</b>	Los farmacéuticos trabajan con regularidad directamente en las unidades de hospitalización desempeñando actividades clínicas, tales como revisar las historias de los pacientes y las prescripciones médicas, participar en los pases de visita multidisciplinarios, y proporcionar asistencia en la selección y administración de los medicamentos, así como en el seguimiento de los efectos del tratamiento en los pacientes.					
<b>39</b>	Los farmacéuticos trabajan con regularidad directamente en las unidades de asistencia a pacientes ambulatorios (p. ej. urgencias, cirugía ambulatoria, consultorios) desempeñando actividades clínicas, tales como revisar las historias de los pacientes y las prescripciones médicas, participar en los pases de visita multidisciplinarios, y proporcionar asistencia en la selección y administración de los medicamentos, así como en el seguimiento de los efectos del tratamiento en los pacientes.					
<b>40</b>	Cuando los profesionales sanitarios ignoran una alerta relevante (p. ej. rebasar una dosis máxima de un medicamento de alto riesgo, una interacción medicamentosa grave, una alergia), el sistema informático de farmacia (y el sistema de prescripción electrónica, si se dispone de él) exige una justificación al respecto.					
<b>41</b>	Un farmacéutico designado específicamente revisa sistemáticamente los registros sobre las alertas relevantes del sistema informático que han sido ignoradas (p. ej. alertas de dosis máximas, interacciones graves, alertas de alergia).					
<b>42</b>	Se pregunta específicamente sobre las alergias al yodo a los pacientes que requieren medios de contraste (p. ej. para procedimientos radiológicos) y, si existe una alergia, se aplica un protocolo estandarizado antes de realizar el procedimiento (p. ej. notificación al médico, premedicación, utilización de medios de contraste alternativos).					

### Criterio esencial # 3:

**Se ha establecido un sistema cerrado de Guía farmacoterapéutica que limita la selección a los medicamentos imprescindibles, reduce el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y manejar, y permite disponer del tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a esta Guía.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
43	La Guía farmacoterapéutica (GFT) no incluye para ningún principio activo más de un medicamento con la misma presentación y dosis, salvo situaciones justificadas.					
44	La GFT limita al máximo la duplicidad de medicamentos equivalentes terapéuticos.					
45	Antes de tomar la decisión de incluir un medicamento en la GFT, se analiza el riesgo potencial de error de dicho medicamento y se revisa la bibliografía publicada al respecto, se documenta en el informe enviado a la Comisión de Farmacia y Terapéutica, y se evalúa.					
46	La Comisión de Farmacia y Terapéutica investiga, documenta y considera la capacidad del hospital para supervisar y gestionar de una manera adecuada y con antelación los efectos adversos de un medicamento, y lo estudia antes de incluir dicho medicamento en la GFT. <b>PMF – Ver página 51</b>					
47	Cuando en el proceso de selección se identifican medicamentos que tienen un riesgo elevado de error, se establecen medidas para mejorar su seguridad antes de su utilización inicial, tales como prescripciones médicas estandarizadas, directrices de prescripción, sistemas de chequeo, señales de alerta, y/o limitaciones en el uso, administración y almacenamiento de los medicamentos.					
48	Después de incluir un medicamento nuevo en la GFT se revisa el sistema informático de farmacia para verificar que funcionan correctamente las advertencias clínicas importantes (p. ej. interacciones medicamentosas graves, alergias, alertas de alergias cruzadas, límites de dosis máximas), y si el proveedor del sistema informático aún no ha incorporado una alerta grave necesaria, se añade un texto de alerta provisional para que aparezca en la pantalla durante el registro de la prescripción médica.					
49	Cuando se incluye en la GFT un medicamento que lleva registrado menos de un año, se asigna un farmacéutico como responsable de revisar la bibliografía que aparezca sobre él durante un periodo de al menos seis meses, con el fin de identificar errores o reacciones adversas del medicamento que puedan haber sido publicadas después de su comercialización y, en caso necesario, se establecen medidas para mejorar su seguridad o se excluye el medicamento de la GFT.					
50	Cuando se incluye un medicamento que presenta un riesgo elevado de error se inicia de inmediato un estudio de utilización del medicamento (EUM), con el fin de controlar el cumplimiento y el resultado de las prácticas de prevención que se establezcan.					
51	Los medicamentos que no están en la GFT sólo se utilizan cuando es terapéuticamente necesario y apropiado (p.ej. efectos adversos potenciales si se cambia el medicamento durante la hospitalización, durante un desabastecimiento del medicamento, etc.). <b>PMF – Ver página 51</b>					

### III. COMUNICACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES Y DE OTRO TIPO DE INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN

#### Criterio esencial # 4:

Los métodos de comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación de los pacientes están estandarizados y automatizados para minimizar el riesgo de errores.

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
52	Los médicos prescriben los medicamentos en un sistema informático que está directamente INTERCONECTADO con el sistema informático de farmacia. <i>PMF – Ver página 51</i> <b>No elegir “D” o “E”</b> si los médicos prescriben en un sistema informático que no está directamente interconectado con el sistema informático de farmacia.					
53a	<b>En hospitales con sistemas de prescripción electrónica:</b> El sistema alerta a los médicos cuando las prescripciones presentan riesgos durante la entrada de datos (p. ej. alergias, dosis máximas, interacciones), y orienta hacia la utilización de los medicamentos incluidos en la Guía farmacoterapéutica y de los protocolos/ guías clínicas establecidos.					
53b	<b>En hospitales sin sistemas de prescripción electrónica:</b> Se utilizan prescripciones preimpresas para ayudar en la prescripción de los medicamentos más habituales protocolizados en situaciones concretas (p. ej. en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas), para procedimientos complejos (p. ej. ingresos en unidades de atención crítica) y para los medicamentos de alto riesgo (p. ej. quimioterapia).					
54	Al ingresar el paciente en el hospital o al trasladarlo a una unidad asistencial diferente dentro del hospital (p. ej. traslado a UCI), los médicos escriben (o registran electrónicamente) una prescripción completa con toda la terapia medicamentosa. No se aceptan las prescripciones de “continuar con los mismos medicamentos” o “tomar la medicación de casa”.					
55	Al ingreso del paciente en el hospital, todos los medicamentos administrados en el área de urgencias u otros ámbitos ambulatorios (p. ej. laboratorio de cateterización cardiovascular, radiología) se comunican inmediatamente y se registran en el sistema informático de farmacia, de forma que se active una alerta automática de duplicidad terapéutica o de interacciones cuando posteriormente se realicen más prescripciones.					
56	Los médicos tienen fácil acceso al perfil farmacoterapéutico electrónico o generado informáticamente de cada paciente (que relaciona todos los medicamentos actuales y los que se han suspendido recientemente), el cual se revisa diariamente y se utiliza para verificar la exactitud de la validación de la prescripción y como referencia cuando se programa la medicación al alta.					
57	La institución tiene establecida una lista de ABREVIATURAS PROCLIVES A ERRORES prohibidas (p.ej. µg, acrónimos de esquemas de quimioterapia, etc.) y de formas incorrectas para la expresión de las dosis (por volumen o número de comprimidos, utilización de coma seguida de cero para dosis enteras, o falta de cero inicial para dosis inferiores a uno, etc.) en todas las prescripciones médicas o información sobre la medicación, incluyendo prescripciones preimpresas, hojas de registro de administración de enfermería, etiquetas de medicación, y en formatos electrónicos [Ver ISMP- España <a href="http://www.ismp-espana.org">http://www.ismp-espana.org</a> e ISMP <a href="http://www.ismp.org">http://www.ismp.org</a> ].					

- A** = No se ha implantado este punto  
**B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado  
**C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas  
**D** = Completamente implantado en algunas áreas  
**E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>58</b>	Las prescripciones verbales sólo se utilizan en casos de emergencias o en el curso de procedimientos estériles en los que quitarse los guantes sería poco factible y, en este caso, la prescripción se repite de nuevo al médico para su confirmación y el médico la introduce después en el registro del paciente en cuanto sea posible.					
<b>59</b>	<u>Nunca</u> se aceptan prescripciones verbales o telefónicas para quimioterapia oral o parenteral, incluidos agentes quimioterápicos utilizados para indicaciones no oncológicas. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se proporciona quimioterapia (incluyendo agentes orales).					
		NO APLICABLE				
<b>60</b>	Cuando se recogen prescripciones telefónicas, la enfermera o el farmacéutico que reciben la prescripción la escriben <u>inmediatamente</u> en el registro del paciente, o la introducen en el sistema de prescripción electrónica, y se la leen de nuevo al médico para su confirmación.					
<b>61</b>	Se utilizan hojas de administración de enfermería generadas por ordenador o electrónicas que comparten una base de datos común con el sistema informático de farmacia para guiar y documentar la administración de la medicación.					
<b>62</b>	Las hojas de administración de medicamentos de enfermería se llevan hasta la cama del paciente para que sirvan como referencia durante la administración de los medicamentos.					
<b>63</b>	Las enfermeras y los farmacéuticos tienen un procedimiento claro y eficaz para resolver los conflictos que surgen cuando los médicos o supervisores no están de acuerdo con los problemas que les han comunicado ante la posible falta de seguridad de una prescripción.					
<b>64</b>	En situaciones que no sean urgentes, los medicamentos que se vayan a utilizar en indicaciones poco frecuentes o en dosis atípicas son aprobados a través de un procedimiento de revisión formal (p. ej. Comisión de Farmacia y Terapéutica) <u>antes</u> de que los médicos los prescriban.					
<b>65</b>	En casos de urgencia, se ha establecido un procedimiento informal ágil para revisar los medicamentos para indicaciones poco frecuentes o en dosis atípicas <u>antes</u> de que los farmacéuticos dispensen o las enfermeras administren la medicación.					
<b>66</b>	La conformidad con las prácticas seguras de comunicación de la información sobre la medicación (en prescripciones manuscritas o preimpresas, pantallas de prescripción, etiquetas de medicación generadas por el ordenador, etiquetas de contenedores de almacenamiento, etc.) se controla a través de iniciativas de mejora de la calidad.					

## IV. ETIQUETADO, ENVASADO Y NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS

### Criterio esencial # 5:

Se establecen medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos que tienen nombres parecidos, o etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
67	Se revisan con regularidad el Boletín de Seguridad del ISMP-España y otras publicaciones para identificar los problemas con el etiquetado, envasado y nombres de los medicamentos y se adoptan medidas para prevenir errores con estos productos.					
68	Se encuentra establecido un procedimiento sistemático para evaluar el riesgo de que se produzcan errores debidos a la similitud en el nombre, etiquetado o envasado de los medicamentos antes de incluir nuevos medicamentos en la Guía farmacoterapéutica y también antes de adquirir nuevas especialidades farmacéuticas de medicamentos ya incluidos en la guía cuando se cambie de proveedor.					
69	El personal de farmacia revisa los medicamentos con nombres o envases similares. Los medicamentos con nombres o envases similares se almacenan por separado (no por orden alfabético) o se señalan con alertas apropiadas.					
70	Los NEMÓNICOS de los medicamentos se diseñan para impedir que medicamentos con nombres similares aparezcan en la misma pantalla de ordenador o para que los medicamentos con nombres parecidos estén claramente diferenciados de forma que se puedan distinguir con facilidad cuando aparecen uno detrás de otro en la misma pantalla (p. ej. con el uso de letras mayúsculas para destacar las letras diferentes, etc.).					
71	Cuando existen productos con etiquetado o envasado de apariencia similar, se recurre a adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos.					
72	Se incorporan alertas en el sistema informático para advertir a los profesionales sanitarios sobre los medicamentos con nombres, envasados o etiquetados problemáticos.					
73	Se utilizan alertas auxiliares u otros elementos distintivos para diferenciar el etiquetado (p. ej. el uso de letras mayúsculas para destacar las letras diferentes de los nombres similares) en los envases y en los contenedores, y en las estanterías de almacenamiento de los medicamentos con nombres, envasados o etiquetados proclives a errores.					
74	Para ayudar a distinguir los medicamentos con nombres similares, los médicos incluyen la indicación clínica en todas las prescripciones de los pacientes ambulatorios, así como en las prescripciones "si precisa" (pm) (p. ej. "si dolor", "si náuseas", etc.) correspondientes a los pacientes ingresados.					

## Criterio esencial # 6:

**Todos los envases y dispositivos con medicamentos están etiquetados con etiquetas bien diseñadas y legibles que identifican claramente los medicamentos que contienen, y permanecen etiquetados hasta el momento de la administración.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>75</b>	El contenido y el formato del etiquetado de los medicamentos y de la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería se estandarizan y se diseñan entre enfermería y el servicio de farmacia para asegurar que son claros y distintivos, y que no tienen abreviaturas que puedan dar lugar a errores ni información que no sea esencial (p.ej. NEMÓNICOS informáticos y otros códigos farmacéuticos).					
<b>76</b>	Todos los medicamentos se dispensan por el servicio de farmacia a las unidades asistenciales (incluyendo la unidad de neonatos, pediatría y cuidados intensivos) etiquetados y acondicionados en dosis unitarias. Excepción: situaciones concretas en que no resulta posible, p. ej. preparaciones tópicas, óticas y oftálmicas.					
<b>77</b>	Los medicamentos que se dispensan por el servicio de farmacia para pacientes específicos deben ir etiquetados y acondicionados en dosis unitarias e identificados con el nombre y localización del paciente, bien en contenedores (bandeja, cajetín) o con un envoltorio exterior (sobre, bolsa).					
<b>78</b>	Todos los envases con medicamentos que se llevan hasta la cabecera del paciente (incluyendo jeringas preparadas para lavar las líneas de infusión y otros medicamentos preparados a partir de viales y ampollas en las unidades asistenciales fuera de la habitación del paciente) deben estar etiquetados como mínimo con el nombre del medicamento y la composición cuantitativa, así como la vía de administración, si procede.					
<b>79</b>	Las etiquetas adheridas a los envases comerciales de infusiones intravenosas se colocan de forma que permitan leer el etiquetado del fabricante, el cual identifica la solución base, la cantidad total y la concentración de todos sus componentes.					
<b>80</b>	Las etiquetas adheridas a los envases de mezclas inyectables preparadas en el servicio de farmacia indican como mínimo la cantidad total o la concentración de cada medicamento adicionado, el volumen total de solución en el envase, la solución base, la vía de administración y la caducidad, y las destinadas a pacientes específicos incluyen también el nombre y localización del paciente.					
<b>81</b>	Las enfermeras pueden cotejar el nombre del medicamento (nombre genérico y/o comercial) que aparece en el etiquetado de los medicamentos dispensados desde la farmacia, con el nombre de la medicación que aparece en la hoja de administración de enfermería.					
<b>82</b>	El servicio de farmacia reenvasa las dosis que requieran menos o más de un comprimido (p.ej. 1/4 ó 1/2 comprimido, 2 comprimidos) en dosis unitarias.					
<b>83</b>	Los medicamentos orales se mantienen en su envase unitario hasta el mismo momento de su administración a pie de cama, para así poder realizar un control final frente a la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería. Excepción: medicamentos que requieren preparación previa.					

- A** = No se ha implantado este punto
- B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado
- C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas
- D** = Completamente implantado en algunas áreas
- E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>84</b>	Durante todos los procedimientos clínicos/quirúrgicos todos los envases (incluyendo jeringas y bateas utilizados para contener medicamentos) están etiquetados, incluso cuando sólo contengan un producto.					
<b>85</b>	Las jeringas de medicamentos preparadas para ser utilizadas durante cualquier procedimiento invasivo se etiquetan con el nombre del medicamento, dosis/concentración y fecha de preparación, y se desechan cuando finaliza la intervención.					

# V. ESTANDARIZACIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

## Criterio esencial # 7:

**Las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados siempre que sea posible.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
86.1	Las concentraciones de las soluciones para infusión de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, tales como morfina, heparina, insulina e inotropos, utilizadas en <u>adultos</u> , están estandarizadas en una concentración única que se utiliza al menos en el 90% de los casos en toda la institución.					
86.2	Las concentraciones de las soluciones para infusión de los medicamentos de alto riesgo, tales como morfina, heparina, insulina e inotropos, utilizadas en <u>pediatría</u> , están estandarizadas en una concentración única que se utiliza al menos en el 90% de los casos. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se tratan pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
		NO APLICABLE				
87	Se utilizan mezclas intravenosas preparadas comercialmente siempre que se encuentren disponibles.					
88	Se utilizan jeringas precargadas, en lugar de viales o ampollas, en el 90% de los medicamentos inyectables siempre que se encuentre disponible dicha presentación comercial.					
89	Se ha estandarizado el horario de administración de la medicación programada y se aplica sistemáticamente en todas las unidades asistenciales de la institución. Excepción: medicamentos específicos prescritos en lactantes y niños pequeños.					
90	Se han establecido, difundido e implantado unos parámetros (p.ej. intervalos de hora de administración) para facilitar a las enfermeras la administración de la mayor parte de la medicación dentro del horario normalizado establecido, incluso si la primera dosis se administra fuera del mismo. <b>PMF – Ver página 51</b>					
91a	La “pauta móvil de insulina” no se utiliza para tratar glucemias elevadas en pacientes diabéticos.					
91b	Si se utiliza una “pauta móvil de insulina” normalizada para tratar las glucemias elevadas en pacientes diabéticos, ésta permite a los médicos seleccionar variables del tratamiento en función de las condiciones específicas del paciente, tales como diagnóstico, peso y dosis total de insulina diaria, pero esta selección está normalizada para todos los prescriptores. <b>Elegir “C”</b> si existe un protocolo normalizado, pero los médicos no lo utilizan sistemáticamente. <b>Elegir “A”</b> o <b>“B”</b> si existen diferencias en la pauta móvil de insulina entre los distintos médicos, dependiendo de las preferencias.					

## Criterio esencial # 8:

**Los medicamentos se dispensan a las unidades asistenciales de forma segura y están disponibles para su administración dentro de los plazos de tiempo apropiados para satisfacer las necesidades de los pacientes.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
92	Los sistemas utilizados para la dispensación de los medicamentos desde el servicio de farmacia a las unidades asistenciales están controlados directamente por la farmacia mediante personal cualificado o sistemas de dispensación automatizados.					
93	Cada entrega de la medicación se notifica a las enfermeras de la unidad asistencial.					
94	La medicación suspendida a un paciente se retira a tiempo de su cajetín (p.ej. en el momento de la suspensión o bien en la siguiente entrega programada de farmacia a las unidades asistenciales), para evitar la administración accidental de una dosis suspendida.					
95	En todas las unidades asistenciales se ha establecido un área segura para depositar la medicación suspendida (o la medicación retirada de los armarios de dispensación automatizada que no se ha utilizado) hasta que la farmacia la recoja y <u>no</u> está permitido utilizarla para otros pacientes.					
96	Se han establecido criterios y plazos de tiempo realistas y seguros para dispensar la medicación de emergencia, urgencia y de rutina y <u>se</u> han consensuado entre todos los profesionales implicados en el sistema de utilización de los medicamentos. <b>PMF</b> – Ver página 51					
97	Las entregas de la medicación de emergencia, urgencia y de rutina se ajustan a los plazos de tiempo establecidos. <b>PMF</b> – Ver página 51					
98	Los médicos efectúan la prescripción de los tratamientos de emergencia, urgencia y de rutina de acuerdo con los criterios establecidos. <b>PMF</b> – Ver página 51 <b>Elegir "D" o "E"</b> solo si los médicos normalmente no prescriben una dosis de medicación de emergencia o urgente para compensar el retraso en la entrega de la medicación de rutina.					
99	Se dispone de unas directrices aprobadas e implantadas para advertir a los profesionales sanitarios sobre las situaciones de desabastecimiento de medicamentos, informando sobre las alternativas terapéuticas, dosis y características de utilización (que incluyen advertencias sobre los posibles acontecimientos adversos asociados).					
100	Los antídotos para situaciones de sedación moderada, así como para la analgesia controlada por el paciente u otras soluciones intravenosas para el tratamiento del dolor, están disponibles en las unidades asistenciales, junto con recomendaciones para su uso.					
101	Como prevención ante posibles situaciones de catástrofe (p. ej. accidente masivo), se ha establecido una lista de antídotos y otros medicamentos con sus dosis habituales, indicaciones y directrices para su preparación y administración, así como un procedimiento factible para obtener estos productos y otros materiales asociados que se pone a prueba al menos una vez al año.					

## Criterio esencial # 9:

**Los depósitos de medicamentos de las unidades asistenciales tienen unas existencias limitadas.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>102</b>	Los depósitos de medicamentos para cada unidad asistencial se definen considerando las necesidades de los pacientes de esa unidad, la capacitación del personal y su experiencia en el uso de los medicamentos, el riesgo de error con dichos medicamentos, y la edad y el diagnóstico de los pacientes tratados habitualmente en esa unidad.					
<b>103</b>	Los depósitos de medicamentos en las distintas unidades asistenciales incluyen el mínimo número de presentaciones necesarias para satisfacer las necesidades de los pacientes entre cada reposición (máximo 72 horas).					
<b>104</b>	Los medicamentos, incluyendo los medicamentos de emergencia, almacenados en las distintas unidades están acondicionados en dosis unitarias. Excepciones: medicamentos tópicos.					
<b>105</b>	Las mezclas intravenosas que no se encuentran disponibles comercialmente se preparan en el servicio de farmacia, excepto si se necesitan en situaciones de emergencia.					
<b>106</b>	Las primeras dosis de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO no se pueden coger de los depósitos de la unidad o de los armarios de dispensación automatizada hasta que un farmacéutico valida la prescripción del paciente para su seguridad. Excepciones: situaciones de emergencia y períodos en los que no hay presencia física del farmacéutico en el centro.					
<b>107</b>	Los representantes de la industria farmacéutica están claramente informados de las normas que regulan la distribución de las muestras de medicamentos, se les exige firmar un acuerdo de aceptación de dichas normas y se adoptan medidas disciplinarias por violaciones intencionadas de las mismas.					
<b>108</b>	Los representantes de la industria farmacéutica tienen prohibido distribuir muestras de medicamentos en <u>áreas asistenciales</u> , y además el uso de dichas muestras está prohibido en pacientes hospitalizados.					
<b>109</b>	Los representantes de la industria farmacéutica tienen prohibido distribuir muestras de medicamentos en <u>áreas ambulatorias</u> , incluyendo las áreas de urgencias, las unidades de cirugía y procedimientos ambulatorios, y las de radiología.					
<b>110</b>	Los viales con concentrados de electrolitos (cloruro potásico, fosfato potásico, sulfato de magnesio y cloruro sódico superior al 0,9%) que requieren dilución antes de su administración intravenosa no están disponibles en los depósitos de medicamentos o en los armarios de dispensación automatizada de ninguna unidad asistencial (incluidos los botiquines de quirófano/anestesia).					
<b>111a</b>	Los bloqueantes neuromusculares no están disponibles en los depósitos de la unidad o en los armarios de dispensación automatizada (excepto en el botiquín de quirófano/anestesia).					
<b>111b</b>	Si los bloqueantes neuromusculares están disponibles en las unidades de cuidados intensivos o en el área de urgencias se almacenan separados del resto de medicamentos del depósito de la unidad (incluyendo aquellos almacenados en armarios de dispensación automatizada) y se etiquetan con advertencias auxiliares que indican con claridad que son agentes paralizantes respiratorios y que su utilización requiere ventilación mecánica.					

- A** = No se ha implantado este punto  
**B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado  
**C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas  
**D** = Completamente implantado en algunas áreas  
**E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>112a</b>	Al menos hay un farmacéutico de presencia física en el centro las 24 horas al día, 7 días a la semana. <b>O</b> -----					
<b>112b</b>	Existe un armario automatizado para dispensación nocturna con un depósito muy limitado de medicamentos para cuando la farmacia está cerrada, y para las incidencias hay un farmacéutico que está localizado y que acude al hospital si fuera necesario, y <u>está prohibido</u> que el personal que no pertenezca al servicio de farmacia entre en la farmacia cuando se encuentra cerrada. <b>O</b> -----					
<b>112c</b>	Existe un armario automatizado para dispensación nocturna con un depósito muy limitado de medicamentos para cuando la farmacia está cerrada, pero hay un farmacéutico disponible, aunque no esté físicamente presente, para las incidencias y para registrar y validar las prescripciones médicas antes de que la medicación sea retirada del armario. Excepción: situaciones de emergencia.					
<b>113</b>	Un farmacéutico o un técnico auxiliar de farmacia revisan regularmente los botiquines de las distintas unidades para asegurar que no tienen medicamentos no autorizados y <u>que</u> los medicamentos autorizados están disponibles en las cantidades definidas.					
<b>114</b>	Un farmacéutico o un técnico auxiliar de farmacia revisan regularmente los botiquines de las distintas unidades para asegurar que las condiciones de <u>conservación</u> de los medicamentos almacenados son adecuadas (protección de la luz, refrigeración) y que los medicamentos no están <u>caducados</u> .					

## Criterio esencial # 10:

**Los productos químicos peligrosos están aislados, sin peligro para los pacientes, y no se encuentran accesibles en las zonas de preparación de los medicamentos.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>115</b>	Los productos químicos utilizados en el servicio de farmacia para farmacotécnia se revisan periódicamente y se eliminan aquellos que no se utilizan normalmente o se consideran peligrosos.					
<b>116</b>	Los productos químicos utilizados en el servicio de farmacia para farmacotécnia están etiquetados con su composición, fecha de apertura y fecha de caducidad (cuando procede) y cumplen con la normativa de seguridad vigente sobre manipulación de sustancias peligrosas.					
<b>117</b>	El servicio de farmacia no almacena o distribuye formol. <b>PMF</b> – Ver página 51					
<b>118</b>	En todo el hospital, los productos químicos líquidos, incluyendo los compuestos de limpieza, están etiquetados claramente con su composición.					
<b>119</b>	Todos los conservantes o fijadores de tejidos, cáusticos y otras sustancias no medicamentosas, utilizadas en quirófanos y otras áreas asistenciales, están claramente etiquetados y se almacenan por separado de los medicamentos y otros productos destinados a los pacientes.					

## VI. ADQUISICIÓN, UTILIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

### Criterio esencial # 11:

Se presta especial atención a los procedimientos de adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de los dispositivos utilizados para preparar y administrar los medicamentos, con el fin de reducir los posibles errores humanos.

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
120	Como mínimo, gestores de riesgos, farmacéuticos y enfermeras participan activamente en todas las decisiones de compra de los DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.					
121	El riesgo potencial de error de todos los dispositivos para la administración de medicamentos que se adquieren se analiza mediante un ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE), así como a través de la documentación publicada sobre ellos, y se considera y examina cuidadosamente antes de tomar una decisión de compra y/o utilización del dispositivo.					
122	Los extremos distales de todos los tubos, sondas y catéteres insertados a los pacientes para administración de medicamentos (tales como sondas para instilación vesical, vías venosas periféricas, vías venosas centrales, vías arteriales, catéteres epidurales o sondas para administración enteral, etc) están claramente etiquetados para aquellos pacientes que están recibiendo soluciones por varias vías de administración.					
123	Cuando se sustituye el envase o se modifica la velocidad de administración de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO y de las soluciones parenterales para pediatría o neonatología, un profesional sanitario realiza la operación y un segundo profesional sanitario de manera independiente verifica, antes de comenzar la infusión, si es correcta la medicación, la concentración, la velocidad de infusión, el paciente y el canal de selección (para bombas de canales múltiples), así como que se haya seleccionado correctamente la línea de conexión.					
124	Para la dispensación y administración de líquidos orales que no están disponibles comercialmente en dosis unitarias se utilizan jeringas diseñadas especialmente para la administración oral, las cuáles <u>no pueden</u> ser conectadas a sistemas de administración intravenosa.					
125	Los tipos de bombas de infusión de uso general utilizados en el hospital se limitan a uno o dos, para maximizar la competencia en su manejo.					
126	Los tipos de bombas de jeringas utilizados en el hospital se limitan a uno o dos para maximizar la competencia en su manejo.					
127	Los tipos de bombas para analgesia controlada por el paciente utilizados en el hospital se limitan a uno o dos, para maximizar la competencia en su manejo. <b>Elegir "No aplicable"</b> si no se proporciona analgesia controlada por el paciente.					
NO APLICABLE						

- A** = No se ha implantado este punto
- B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado
- C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas
- D** = Completamente implantado en algunas áreas
- E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>128</b>	Se utilizan BOMBAS DE INFUSIÓN CON TECNOLOGÍA INTELIGENTE, con determinadas funciones activadas para prevenir e impedir la administración de una dosis incorrecta o a una velocidad de administración incorrecta, debido a un error en la programación de la bomba, en los cálculos, o a que la dosis prescrita sea incorrecta.					
<b>129</b>	Todos los sistemas electrónicos de control de flujo de infusiones (incluyendo bombas para analgesia controlada por el paciente) pasan una inspección y test de funcionamiento al menos una vez al año (incluyendo una prueba volumétrica de exactitud del ritmo).					
<b>130</b>	Todos los equipos de administración utilizados con bombas de infusión tienen sistemas de protección de flujo libre para prevenir la administración involuntaria de soluciones, en caso de que el sistema de administración intravenosa o el casete se extraigan de la bomba.					
<b>131</b>	Se han establecido unos criterios para determinar cuando se deben utilizar las bombas de infusión (p. ej. tipo de pacientes, medicamentos específicos y velocidades de infusión).					
<b>132</b>	Los profesionales sanitarios reciben formación sobre los sistemas de administración de medicación (p. ej. bombas de infusión, equipos automáticos de preparación), así como sobre los protocolos, las directrices y restricciones asociadas, y además se evalúa la eficacia de su formación antes de permitirles manejar estos dispositivos.					

## VII. FACTORES DEL ENTORNO

### Criterio esencial # 12:

**Los medicamentos se prescriben, transcriben, preparan, dispensan y administran en un entorno físico con espacio e iluminación adecuados, lo que permite a los profesionales sanitarios permanecer centrados y sin distracciones en sus actividades relacionadas con la medicación.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
133	La iluminación es adecuada para leer con claridad el etiquetado y cualquier otra información relevante sobre los medicamentos, tanto en el servicio de farmacia como en las salas de medicación de las unidades y en los armarios de dispensación automatizada.					
134	Los lugares de trabajo tanto en el servicio de farmacia como en las unidades asistenciales donde se preparan los medicamentos están bien ordenados.					
135	El servicio de farmacia y las salas de medicación de las unidades asistenciales disponen de un espacio adecuado para el almacenamiento de los medicamentos y otros productos relacionados.					
136	Las zonas donde se prepara la medicación intravenosa, tanto en el servicio de farmacia como en las unidades asistenciales, están aisladas para evitar distracciones.					
137	Todas las llamadas telefónicas dirigidas al área de preparación de la medicación intravenosa del servicio de farmacia se filtran y sólo se pasan a dicha área cuando es necesario.					
138	Las áreas donde las prescripciones médicas se transcriben y/o registran en el sistema informático están aisladas y relativamente libres de distracciones y ruidos.					
139	Los frigoríficos para medicamentos de las unidades asistenciales tienen la amplitud necesaria para permitir que las mezclas que requieren refrigeración se almacenen en ellos de forma organizada.					
140	Las enfermeras seleccionan la medicación a administrar en un entorno libre de distracciones y ruidos.					
141	Las enfermeras y los médicos (incluyendo los anestesiólogos) preparan o seleccionan toda la medicación que se vaya a administrar a un paciente de una sola vez inmediatamente antes de su administración.					

### Criterio esencial # 13:

**La relación de personal sanitario cualificado y suficientemente descansado se corresponde con el volumen de trabajo clínico, sin comprometer la seguridad del paciente.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>142.1</b>	Los médicos y farmacéuticos, residentes y de plantilla, no trabajan más de 12 horas consecutivas de trabajo regular ó 24 horas en caso de jornadas de guardia, con descansos planificados y tiempo de reposo disponible. Excepción: situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
<b>142.2</b>	Los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de medicamentos (excepto los referidos en el párrafo anterior) no trabajan más de 12 horas consecutivas. Excepción: situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
<b>143</b>	Los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de medicamentos tienen al menos 10 horas de descanso entre turnos trabajados. Excepción: situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
<b>144</b>	El horario y el volumen de trabajo permiten a los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de medicamentos tener por lo menos 15 minutos de descanso y 30 minutos para la comida por cada turno de trabajo de 8-12 horas diarias. Excepción: situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
<b>145</b>	Se ha establecido un plan eficaz de suplencias para los días de escasez de personal debido a enfermedad, vacaciones, ausencias por formación y fluctuaciones en la carga de trabajo.					
<b>146</b>	El personal de farmacia cree que la dotación de personal en su servicio es adecuada para proporcionar una atención farmacéutica segura, salvo en situaciones excepcionales.					
<b>147</b>	El personal de enfermería cree que la dotación de personal en sus unidades es adecuada para proporcionar una atención segura a los pacientes, salvo en situaciones excepcionales.					
<b>148</b>	Los planes del hospital o del sistema sanitario para la creación de nuevos programas clínicos o la ampliación de otros ya existentes se comunican adecuadamente a todos los profesionales afectados y se asignan los recursos apropiados antes de su implantación, de forma que el volumen de trabajo adicional pueda ser afrontado sin comprometer la seguridad del paciente.					

## VIII. COMPETENCIA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL

### Criterio esencial # 14:

**Los profesionales sanitarios reciben suficiente formación para utilizar los medicamentos y están sujetos a una evaluación inicial y a otra anual de su competencia sobre conocimientos y aptitudes sobre prácticas de seguridad con la medicación.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
149	Todo el personal de enfermería nuevo está sujeto a una evaluación inicial de su competencia <u>antes de</u> participar de forma autónoma en el sistema de utilización de medicamentos.					
150	Todo el personal de farmacia nuevo está sujeto a una evaluación inicial de su competencia <u>antes de</u> participar de forma autónoma en el sistema de utilización de medicamentos.					
151	En el proceso de acogida, los profesionales sanitarios reciben información sobre experiencias reales de errores en el hospital, así como de errores publicados que hayan sucedido en otros centros, <u>y además reciben formación sobre prácticas de seguridad</u> destinadas a la prevención de tales errores.					
152	En el proceso de acogida, las enfermeras realizan una rotación por el servicio de farmacia (y con los farmacéuticos) para familiarizarse con los procedimientos de registro de prescripciones, preparación y de dispensación de medicamentos, con la disponibilidad de recursos de información sobre medicamentos, con las formas de acceder a estos recursos, y con las iniciativas de seguridad en el uso de los medicamentos.					
153	En el proceso de acogida, los farmacéuticos realizan una rotación por las unidades asistenciales para familiarizarse con las prácticas de prescripción de medicamentos, con los procedimientos de administración de medicamentos y con la educación al paciente.					
154	Los farmacéuticos participan activamente en el proceso de acogida del nuevo personal médico contratado (incluyendo tanto residentes como médicos).					
155	Todos los médicos, farmacéuticos y enfermeras que trabajan en áreas especializadas (p. ej. cuidados intensivos, pediatría, oncología) reciben una formación exhaustiva o bien obtienen una certificación en esa especialidad, <u>antes de</u> trabajar de forma autónoma.					
156	Las enfermeras y los farmacéuticos no son trasladados de sus áreas de trabajo específico y asignados para ayudar en otras áreas sin pasar un proceso previo de acogida y reciben una formación continuada para mantener sus aptitudes y conocimientos.					
157	Quienes instruyen al nuevo personal tienen su carga de trabajo reducida significativamente para poder cumplir adecuadamente y con rigor sus objetivos de formación.					
158	El periodo de tiempo necesario para la formación de los nuevos farmacéuticos y enfermeras se individualiza y adapta en función de la evaluación continuada de sus necesidades.					

- A** = No se ha implantado este punto
- B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado
- C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas
- D** = Completamente implantado en algunas áreas
- E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>159</b>	Las descripciones de los puestos de trabajo de los profesionales sanitarios, las evaluaciones del rendimiento y la reglamentación del personal médico incluyen estándares específicos sobre responsabilidad en la seguridad del paciente y de la medicación (p. ej. tener buena disposición para hablar sobre temas de seguridad, cambiar prácticas para mejorar la seguridad, solicitar ayuda cuando se necesite, mejorar el trabajo en equipo, estar al día en publicaciones sobre seguridad, etc.). Estos estándares no incluyen la ausencia de errores o un límite cuantitativo de ellos, y están apoyados por los líderes de la institución y el departamento de recursos humanos.					
<b>160</b>	El departamento de informática del hospital incluye personal con formación específica en informática clínica (no sólo un servicio técnico de asistencia sobre programas y equipos informáticos) y conoce bien los aplicativos de gestión de los procesos de utilización de medicamentos, y están disponibles para asesorar y colaborar en el desarrollo, aplicación, localización y corrección de fallos de estos sistemas.					

## Criterio esencial # 15:

**Los profesionales sanitarios implicados en la utilización de los medicamentos reciben formación continuada sobre prevención de errores de medicación y seguridad en la utilización de los medicamentos que presentan un mayor potencial de causar daño si no se emplean correctamente.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>161</b>	Los profesionales sanitarios reciben formación sobre los nuevos medicamentos incorporados a la Guía farmacoterapéutica y sobre los protocolos/guías y restricciones relacionadas con ellos, <u>antes</u> de ser utilizados en el hospital.					
<b>162</b>	Los farmacéuticos proporcionan a las enfermeras de manera habitual información importante sobre los medicamentos no incluidos en la Guía farmacoterapéutica, <u>antes</u> de dispensarlos a las áreas asistenciales para su administración.					
<b>163</b>	Los profesionales sanitarios reciben constantemente información sobre los errores de medicación ocurridos en la institución, las situaciones proclives a error, los errores que han sucedido en otros centros sanitarios y las estrategias recomendadas para prevenir dichos errores.					
<b>164</b>	Se realizan simulaciones de condiciones con riesgo de error (p. ej. envases y etiquetas de medicación problemáticos, transcripción/registro de prescripciones problemáticas) e interpretación de roles (p. ej. para enseñar técnicas de comunicación eficaz, técnicas de investigación, resolución de conflictos), con el fin de formar al personal asistencial y no asistencial sobre seguridad del paciente y en el uso de medicamentos.					
<b>165</b>	Los conceptos de los FACTORES HUMANOS y de los principios de reducción de errores (p. ej. estandarización, utilización de restricciones, reiteraciones en funciones críticas) se introducen durante la formación de los profesionales sanitarios y se refuerzan en todos los programas de formación continuada.					
<b>166</b>	Se proporciona apoyo y se da el tiempo necesario a los profesionales sanitarios para asistir a los programas internos y externos de formación relacionados con la utilización de medicamentos.					
<b>167</b>	Los profesionales sanitarios están entrenados en los procedimientos clínicos y administrativos para responder ante un error grave de medicación.					
<b>168</b>	Cuando se producen errores, los esfuerzos de formación se extienden a todos aquellos profesionales que pudieran cometer un error similar, en lugar de dirigirlos exclusivamente a aquellos profesionales que estuvieron involucrados en el error.					
<b>169</b>	Los farmacéuticos ofrecen al menos dos programas de formación al año sobre aspectos importantes de seguridad para enfermeras, farmacéuticos y médicos.					

## IX. EDUCACIÓN AL PACIENTE

### Criterio esencial # 16:

**Los pacientes se incorporan como miembros activos en su atención mediante una educación apropiada sobre sus medicamentos y de las prácticas para evitar errores.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
170	Durante el ingreso hospitalario se enseña a los pacientes a cooperar con los profesionales sanitarios en su correcta identificación, mostrando su pulsera de identificación (u otro medio de identificación) y expresando con claridad sus nombres antes de la administración de los medicamentos u otros tratamientos.					
171	Los médicos y otros colaboradores informan habitualmente a los pacientes sobre su tratamiento, antes de que el paciente reciba la dosis inicial de los medicamentos.					
172	Durante la administración de los medicamentos, las enfermeras suelen informar a los pacientes y/o familiares del nombre genérico y comercial de los medicamentos, su acción, la dosis y los efectos adversos más importantes.					
173	Se proporciona a los pacientes información actualizada y escrita sobre los medicamentos básicos que reciben en el hospital y sobre los que se prescriben en el momento del alta hospitalaria.					
174	Se anima a los pacientes a preguntar cualquier duda sobre los medicamentos que están recibiendo.					
175	El personal sanitario averigua y resuelve por completo todas las preocupaciones o preguntas del paciente/familiar sobre un medicamento <u>antes de</u> prescribirlo, dispensarlo o administrarlo.					
176	Se han establecido supuestos (p. ej. para medicamentos específicos de alto riesgo, grupos de pacientes de alto riesgo, o pacientes con cinco o más medicamentos) que provocan <u>automáticamente</u> la consulta con un farmacéutico para proporcionar educación al paciente.					
177	Los médicos o los farmacéuticos programan los horarios de administración de los medicamentos al alta del paciente teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizan el número de tomas, especialmente para aquellos pacientes predispuestos a no cumplir el tratamiento.					
178	Se instruye a los pacientes para que puedan consultar después del alta cualquier preocupación o duda sobre su medicación.					
179	Se informa a los pacientes sobre los posibles errores que ocurren con los medicamentos de alto riesgo (p. ej. metrotexato prescrito semanalmente para la artritis, cambio frecuente de dosis de anticoagulantes), y se les proporcionan los medios que les ayuden a garantizar su utilización segura después del alta.					
180	Se encuentra disponible información escrita para los pacientes a los que se les han prescrito medicamentos de alto riesgo al alta hospitalaria. Esta información, expresada en un lenguaje fácilmente comprensible, está disponible en las principales lenguas habladas por los pacientes atendidos en el hospital.					

- A = No se ha implantado este punto
- B = Se ha considerado, pero no se ha implantado
- C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas
- D = Completamente implantado en algunas áreas
- E = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>181</b>	<p>Cuando el servicio de farmacia dispensa medicamentos a pacientes ambulatorios, siempre que se dispensa un medicamento nuevo un farmacéutico proporciona información al paciente o cuidador sobre el nombre del medicamento, su indicación, la dosis prescrita, la forma de administración, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos, así como los errores más importantes que pueden ocurrir.</p> <p><b>Elegir “No aplicable”</b> si el servicio de farmacia no dispensa medicación a pacientes ambulatorios.</p>					
NO APLICABLE						
<b>182</b>	<p>Siempre que el servicio de farmacia dispensa un medicamento a un paciente ambulatorio se verifica con el paciente o cuidador que el medicamento dispensado se corresponde con el prescrito mostrándole el envase y etiquetado del medicamento.</p> <p><b>Elegir “No aplicable”</b> si el servicio de farmacia no dispensa medicación a pacientes ambulatorios.</p>					
NO APLICABLE						
<b>183</b>	<p>Se encuentra disponible información escrita para los pacientes ambulatorios que tienen prescritos medicamentos cuya administración puede conllevar un mayor riesgo de error o en los que se precisa reforzar la adherencia. Esta información, expresada en un lenguaje fácilmente comprensible, está disponible en las principales lenguas habladas por los pacientes atendidos en el hospital.</p> <p><b>Elegir “No aplicable”</b> si el servicio de farmacia no dispensa medicación a pacientes ambulatorios.</p>					
NO APLICABLE						

# X. PROGRAMAS DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS

## Criterio esencial # 17:

**Se ha establecido un programa para la reducción de errores, no punitivo y centrado en el sistema, que está respaldado por el equipo directivo de la institución.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
184	La seguridad del paciente está incluida dentro de la misión y/o visión de la institución.					
185	Las estrategias para la prevención de errores se centran en mejorar el sistema y no en sancionar a los profesionales sanitarios.					
186	Los médicos y otros profesionales sanitarios notifican y debaten abiertamente sobre los errores sin excesivos reparos o temor a represalias de la institución. Nota: si es posible, elegir la puntuación basándose en las encuestas anónimas de personal que se indican en el punto 193.					
187	<u>Todos</u> los errores de medicación que afectan al paciente, con independencia de la gravedad del daño producido, se comunican honestamente y del modo más oportuno a pacientes y familiares.					
188	<u>No se aplican</u> medidas disciplinarias contra los profesionales sanitarios que cometen un error. Excepciones: conducta negligente o engañosa que provoca un error, dependencia de drogas, violación intencionada de la confidencialidad u otras conductas inadmisibles.					
189	Los profesionales sanitarios no acumulan sanciones por cometer un error de medicación y la información relacionada con dichos errores no se utiliza como un indicador de la competencia o el rendimiento del profesional en los procesos de evaluación.					
190	Las <u>tasas de error</u> no se calculan a partir de las notificaciones de errores de los profesionales sanitarios, ni se <u>utilizan</u> para efectuar comparaciones internas (entre unidades) o externas (entre hospitales). <b>PMF</b> – Ver página 51					
191	La dirección del hospital incentiva a los profesionales para que comuniquen los errores.					
192	Se agradece y elogia a las unidades asistenciales con un alto índice de notificación de errores por detectar y notificar dichos errores.					
193	Periódicamente se realizan encuestas anónimas a los profesionales sanitarios para determinar su nivel de ansiedad y temor a cometer y notificar errores.					
194	Miembros del equipo directivo participan en visitas frecuentes y estructuradas (p. ej. WALKROUNDS®) a las unidades asistenciales y al servicio de farmacia para hablar directamente con los profesionales sanitarios sobre temas de seguridad y calidad, conocer de primera mano los retos que afrontan día a día los profesionales en el desarrollo de su actividad asistencial, así como para mostrar su apoyo a los profesionales, a sus preocupaciones y a la notificación de errores.					

- A** = No se ha implantado este punto
- B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado
- C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas
- D** = Completamente implantado en algunas áreas
- E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>195</b>	Los profesionales sanitarios implicados en un error grave que causa daño al paciente reciben apoyo de sus compañeros y se les proporciona asesoramiento psicológico (p. ej. a través de un programa de asistencia al trabajador).					
<b>196</b>	El equipo directivo demuestra activamente su compromiso con la seguridad del paciente y con prácticas de mejora de la seguridad de los medicamentos, aprobando un plan de seguridad, fomentando la notificación de errores, y apoyando las mejoras del sistema (incluyendo las tecnológicas) que redunden en la reducción de los errores. <i>PMF – Ver página 51</i>					
<b>197</b>	Los planes estratégicos del hospital incluyen objetivos específicos sobre seguridad en el uso de medicamentos (p. ej. reducir los errores con los medicamentos de alto riesgo; mejorar la detección, notificación y uso de la información sobre errores) que se comunican a todos los profesionales y se reconocen positivamente cuando se cumplen. <i>PMF – Ver página 51</i>					
<b>198</b>	Hay uno o varios profesionales sanitarios cualificados contratados para mejorar la detección de errores de medicación, supervisar el análisis de sus causas y coordinar un plan efectivo para la reducción de errores.					
<b>199</b>	Los mandos intermedios reciben una formación precisa sobre cómo evaluar eficazmente la competencia y la actuación de los profesionales sanitarios, supervisar y orientar la capacitación clínica de los profesionales, y manejar situaciones conflictivas de conducta, sin permitir que la presencia o ausencia de errores médicos sea un factor determinante en la evaluación.					

## Criterio esencial # 18:

**Se fomenta la detección y notificación de errores entre los profesionales sanitarios y un equipo multidisciplinar analiza regularmente cualquier error que se haya producido en la institución y en otras instituciones, con el objetivo de rediseñar los sistemas para que los profesionales sanitarios lleven a cabo sus actividades con seguridad.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>200</b>	Se han establecido y difundido entre los profesionales sanitarios unas definiciones claras y ejemplos de errores de medicación y situaciones de riesgo que se deberían notificar.					
<b>201</b>	Los incidentes que se deben notificar comprenden tanto situaciones de riesgo que podrían conducir a un error como errores reales, incluyendo aquellos que se detectan y corrigen <u>antes de que lleguen al paciente</u> .					
<b>202</b>	Representantes de enfermería y de farmacéuticos y médicos convocan periódicamente a grupos de profesionales sanitarios para debatir de modo informal y aprender sobre los incidentes observados en el sistema de utilización de los medicamentos.					
<b>203</b>	El sistema completo de utilización de medicamentos se analiza anualmente y se evalúan los factores potenciales de riesgo de errores de medicación (utilizando cuestionarios de autoevaluación, como el que usted está realizando en estos momentos).					
<b>204</b>	Un equipo multidisciplinar que incluye, como mínimo, farmacéuticos, médicos, enfermeras, profesionales de gestión de riesgo/mejora de calidad, informáticos y representantes de la dirección del hospital, se reúne y revisa los errores de medicación notificados y otros datos relacionados con la seguridad de los medicamentos para identificar las causas subyacentes del sistema que motivan los errores, <u>y para</u> facilitar la implantación de mejoras que hagan difícil o imposible que sucedan los errores.					
<b>205</b>	Un equipo multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios implicados en el cuidado del paciente realiza un ANÁLISIS DE CAUSAS RAÍZ de los errores de medicación graves y potencialmente graves, y recomienda mejoras en el sistema para evitar que vuelvan a suceder errores similares.					
<b>206</b>	Los acontecimientos adversos potenciales y las situaciones de riesgo se analizan y se adoptan medidas de prevención de manera similar a como se hace con los errores que realmente han causado daños a los pacientes.					
<b>207</b>	Un equipo multidisciplinar se reúne con regularidad para analizar las experiencias de errores publicados <u>por otras instituciones</u> y aprovecharse de dicha información para establecer <u>con antelación</u> mejoras en el sistema de utilización de los medicamentos.					
<b>208</b>	Un equipo multidisciplinar se reúne con regularidad y evalúa la información publicada sobre nuevas tecnologías y prácticas basadas en la evidencia científica que han sido eficaces en la reducción de errores en otras instituciones, con el fin de valorar si estas medidas pueden ser útiles para mejorar su propio sistema de utilización de medicamentos.					
<b>209</b>	Además de los programas de notificación voluntaria, se incorporan en los sistemas informáticos señales alertantes de prescripciones específicas (p. ej. antídotos) y pruebas de laboratorio (p. ej. INR elevado) para incrementar la detección de acontecimientos adversos a medicamentos.					

- A** = No se ha implantado este punto
- B** = Se ha considerado, pero no se ha implantado
- C** = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas
- D** = Completamente implantado en algunas áreas
- E** = Completamente implantado en todas las áreas

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>210</b>	Los errores de prescripción que detectan los farmacéuticos y enfermeras se registran, se analizan, y se utilizan en combinación con otras actividades de mejora de la calidad para rediseñar el sistema (p. ej. establecimiento de protocolos de utilización de medicamentos, estandarización de las prescripciones, programa de consulta de dosis a farmacia, información a los prescriptores, etc.).					
<b>211</b>	Se han diseñado e implantado métodos objetivos y cuantitativos para determinar los errores del sistema y para evaluar el resultado y demostrar las mejoras obtenidas tras la implantación de prácticas de reducción de errores (p. ej. revisión aleatorizada de historias clínicas utilizando señales alertantes, métodos observacionales de detección de errores, determinación del cumplimiento de nuevos protocolos de medicación, estudios de utilización de medicamentos).					
<b>212</b>	Se invita a los representantes de organizaciones de pacientes a que participen en comités de seguridad o en reuniones informales para informarles y pedirles su colaboración sobre aspectos relacionados con la seguridad de los medicamentos en la institución.					
<b>213</b>	Se informa con regularidad a los profesionales sanitarios sobre los errores y situaciones de riesgo notificados, así como sobre las estrategias de reducción de errores que se han implantado en la institución.					
<b>214</b>	El equipo directivo trata de evitar situaciones intimidatorias e interviene eficazmente para posibilitar que todos los profesionales sanitarios, con independencia de su posición o categoría, planteen sus inquietudes en relación a la seguridad de los medicamentos sin temor a la intimidación.					

## Criterio esencial # 19:

**En los puntos más vulnerables del sistema se utilizan procedimientos de doble chequeo independiente o procedimientos automatizados de verificación, para detectar y corregir los errores graves antes de que afecten al paciente.**

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
215.1	Para los pacientes pediátricos (por debajo de 40 kg), los médicos incluyen la dosis en mg/kg junto con la dosis específica del paciente en aquellos medicamentos para los que se hayan publicado pautas de dosificación pediátricas en mg/kg. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
NO APLICABLE						
215.2	Los médicos incluyen la dosis en mg/m <sup>2</sup> (o por peso o por área bajo la curva, según proceda) en todas las prescripciones de quimioterapia. <b>Elegir “No aplicable”</b> si nunca se prescribe quimioterapia.					
NO APLICABLE						
216.1	Un farmacéutico verifica que las dosis pediátricas son correctas y confirma (p. ej. con sus iniciales) la realización de un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE (o una revisión electrónica) de las dosis calculadas por el médico, antes de preparar y dispensar la medicación. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
NO APLICABLE						
216.2	Un farmacéutico verifica que las dosis en mg/m <sup>2</sup> (o por peso o por área bajo la curva, según proceda) de las prescripciones de quimioterapia son correctas, y confirma (p. ej. con sus iniciales) la realización de un doble chequeo independiente (o una revisión electrónica) de las dosis calculadas por el médico, antes de preparar y dispensar la medicación. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se proporciona quimioterapia.					
NO APLICABLE						
217.1	Las enfermeras confirman (con sus iniciales en la hoja de registro de administración de medicamentos manual o electrónica) la realización de un doble chequeo independiente de la dosis calculada por el médico en las prescripciones pediátricas de medicamentos, antes de su administración. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
NO APLICABLE						
217.2	Las enfermeras confirman (con sus iniciales en la hoja de registro de administración de medicamentos manual o electrónica) la realización de un doble chequeo independiente de la dosis de quimioterapia calculada por el médico, antes de administrar la medicación. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se proporciona quimioterapia.					
NO APLICABLE						
218.1	Los medicamentos, envases, dosis, diluyentes, y volúmenes utilizados para preparar mezclas parenterales pediátricas/neonatales se chequean doblemente de manera independiente (p. ej. por un farmacéutico o una enfermera, incluso si inicialmente ha sido preparado por un farmacéutico) y se confirman (p. ej. con las iniciales) antes de dispensar/administrar los productos. <b>Elegir “No aplicable”</b> si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
NO APLICABLE						

- A = No se ha implantado este punto  
 B = Se ha considerado, pero no se ha implantado  
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas  
 D = Completamente implantado en algunas áreas  
 E = Completamente implantado en todas las áreas

PUNTOS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
218.2	Los medicamentos, envases, dosis, diluyentes, y volúmenes utilizados para preparar mezclas de quimioterapia se chequean doblemente de manera independiente (p. ej. por un farmacéutico o una enfermera, incluso si inicialmente está preparado por un farmacéutico) y se confirman (p. ej. con las iniciales) antes de dispensar los productos. <b>Elegir "No aplicable"</b> si no se proporciona quimioterapia.					
		NO APLICABLE				
219a	<b>En hospitales con sistemas automatizados de elaboración de mezclas intravenosas:</b> se utilizan máquinas lectoras de códigos (p. ej. de código de barras) para verificar todas las soluciones base y componentes añadidos para la elaboración automatizada de mezclas intravenosas.					
219b	<b>O</b> ----- <b>En hospitales sin sistemas automatizados de elaboración de mezclas intravenosas o sin máquina lectora de códigos de las mezclas elaboradas de forma automatizada:</b> dos personas, una de ellas un farmacéutico, verifican y confirman todas las mezclas intravenosas complejas (p. ej. nutrición parenteral, soluciones cardiopléjicas). <b>Elegir "No aplicable"</b> si no se preparan mezclas intravenosas complejas.					
		NO APLICABLE				
220	Los medicamentos reenvasados en dosis unitarias se chequean doblemente de manera independiente por otro profesional sanitario diferente al que ha efectuado el reenvasado y se confirman (p. ej. con las iniciales) antes de almacenar/dispensar los productos.					
221	Las nuevas prescripciones de medicamentos se chequean y confirman (p. ej. con las iniciales) por al menos un farmacéutico y otra persona, antes de ser dispensadas por el servicio de farmacia.					
222a	<b>En hospitales sin sistemas de prescripción electrónica:</b> un farmacéutico introduce o verifica el registro de la prescripción médica en el sistema informatizado de farmacia, y los medicamentos se preparan utilizando una copia de la prescripción que se compara con el listado generado por el ordenador, antes de dispensar los medicamentos.					
222b	<b>O</b> ----- <b>En hospitales con sistemas de prescripción electrónica:</b> un farmacéutico verifica la prescripción en el ordenador antes de generar el listado que se va a utilizar para preparar la medicación prescrita.					
223	Los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO que el hospital ha establecido que se pueden obtener de los botiquines de la unidad o de los armarios de dispensación automática, se chequean doblemente de forma independiente por otro profesional sanitario y se confirman antes de su administración.					
224	Se utiliza un LECTOR DE CÓDIGOS (p. ej. de código de barras) para verificar la selección del medicamento antes de su dispensación (incluyendo la dispensación robótica).					
225	Se utiliza un lector de códigos (p. ej. de código de barras) en el propio lugar de atención al paciente para verificar la selección del medicamento antes de su administración.					
226	El sistema informático de farmacia (y el sistema de prescripción electrónica, si se utiliza) se evalúan periódicamente para detectar alertas que clínicamente no son significativas y alertas erróneas, y se adoptan las medidas adecuadas para evitar la aparición de esas alertas.					

## Criterio esencial # 20:

**Se utilizan prácticas de eficacia probada para el control de la infección cuando se almacenan, preparan y administran los medicamentos.**

<b>PUNTOS DE EVALUACIÓN</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>227</b>	En todo los servicios de farmacia donde se preparan mezclas intravenosas está disponible y se utiliza una campana de flujo laminar.					
<b>228</b>	El personal de farmacia que trabaja en un área aislada para la preparación de mezclas intravenosas utiliza técnicas asépticas.					
<b>229</b>	El personal sanitario no maneja directamente productos orales sólidos sin envasar.					
<b>230</b>	El personal sanitario realiza un procedimiento adecuado de lavado de manos antes de la preparación de cualquier producto inyectable (p. ej. intramuscular (IM), intravenoso (IV), subcutáneo (SC), mezclas intravenosas).					
<b>231</b>	En las unidades clínicas no se utilizan viales multidosis sin conservantes para más de un paciente o para el mismo paciente (p. ej. anestésicos locales, soluciones de lavado salinas o de heparina, etc.).					
<b>232</b>	Los colirios no se utilizan para más de un paciente.					

# Anexo 1. Definiciones

## Abreviaturas proclives a errores

Abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados utilizados en las prescripciones médicas o en cualquier otra información sobre la medicación, incluyendo formatos electrónicos, para indicar el medicamento o para expresar la dosis, vía o frecuencia de administración, y que son causa conocida de errores de medicación. En la página web del ISMP-España se puede encontrar una lista con varios ejemplos ([www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)).

## Análisis de causas raíz

Es un método de análisis que se utiliza para efectuar una evaluación exhaustiva y centrada en el sistema de incidentes críticos o acontecimientos centinela. Incluye la identificación de las causas y factores contribuyentes del sistema, la determinación de estrategias de reducción de riesgos, y el desarrollo de un plan de actuación y de estrategias de medida para evaluar la eficacia de dicho plan.

## Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)

Es un método de análisis de riesgos proactivo que analiza de forma estructurada y sistemática todos los posibles modos de fallo de un nuevo producto o procedimiento e identifica sus consecuencias sobre el sistema y los riesgos asociados, con el fin de detectar los problemas que necesitan ser mejorados para asegurar su fiabilidad y seguridad, antes de que éstos ocurran.

## Bombas de infusión con tecnología inteligente

Bombas de infusión que tienen incorporado un sistema informático capaz de alertar al usuario cuando se exceden los límites seguros de dosis o se producen errores en la programación. El sistema informático debe programarse para cada fármaco incluyendo concentraciones estándar, límites máximos y mínimos de dosis, etc., y admitir la incorporación de protocolos por tipo de paciente. Pueden ser capaces de bloquearse ante determinadas alertas y obligar a que se realice una nueva programación. Son compatibles con los sistemas de código de barras.

## Conciliación de la medicación

Procedimiento sistematizado que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica después de una transición asistencial (al ingreso en el hospital, en los traslados dentro del propio hospital y al alta hospitalaria). Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica.

## Dispositivos para la administración de medicamentos

Equipos tales como jeringas, catéteres, bombas de infusión, bombas para analgesia controlada por el paciente, sistemas automatizados de elaboración de mezclas, y otros equipos o dispositivos que se utilizan para la preparación y administración de medicamentos.

## Doble chequeo independiente

Procedimiento mediante el cual un segundo profesional sanitario verifica un proceso, en presencia o ausencia del profesional que realizó el primer chequeo. En ambos casos, el aspecto más importante es mantener la independencia del doble chequeo, es decir, asegurar que el primer profesional no le comunica al segundo el resultado que se espera obtener, ya que disminuiría la probabilidad de detectar un error. Por ejemplo, es más probable detectar un error de cálculo si la segunda persona realiza todos los cálculos independientemente, sin conocer (ni ver) los cálculos realizados por la primera.

## **Dosis máxima**

Límite superior de la dosis que se encuentra descrita en la literatura científica o se recomienda en la ficha técnica del medicamento. La dosis máxima puede variar en función de la edad, el peso o el diagnóstico.

## **Factores humanos**

La ingeniería de factores humanos es una rama de la ingeniería que estudia las interacciones entre los seres humanos y los medios técnicos que utilizan, y el entorno en el que viven y trabajan. Su objetivo es el diseño de equipos, máquinas y sistemas considerando la capacidad humana, sus limitaciones y sus características, con el fin de que éstos sean eficientes, fiables y seguros.

## **Interconectado**

Conexión directa entre dos sistemas informáticos, de manera que la información contenida en el primer sistema esté integrada e inmediatamente disponible para el usuario del segundo sistema, con el fin de ayudarlo en la toma de decisiones clínicas (p. ej. la interconexión entre las aplicaciones informáticas de laboratorio y de farmacia permiten al farmacéutico obtener inmediatamente datos del laboratorio cuando está registrando o validando una prescripción médica).

## **Lector de códigos**

Dispositivo informatizado de lectura, capaz de leer mediante escáner u otra tecnología un código identificativo que representa datos (p. ej. el código de barras).

## **Medicamentos de alto riesgo**

Medicamentos con un alto riesgo de causar acontecimientos adversos graves cuando se utilizan erróneamente. Aunque los errores pueden no ser más frecuentes con estos medicamentos, las consecuencias de éstos, en el caso de que ocurran, son claramente más perjudiciales para los pacientes. Ejemplos son heparina, insulina, citostáticos, concentrados de electrolitos, opiáceos, bloqueantes neuromusculares, etc. La lista del ISMP de medicamentos de alto riesgo se puede encontrar en [www.ismp-espana.org](http://www.ismp-espana.org)

## **Nemónico**

Número limitado de letras y números que se usan para referirse a una medicación específica (p. ej. AAS100C para referirse a ácido acetilsalicílico 100 mg comprimidos).

## **Profesional sanitario**

Médico, farmacéutico, enfermera u otro profesional sanitario integrado en el equipo asistencial.

## **Sedación moderada**

Procedimiento mediante el cual se administran al paciente fármacos que le causan un estado controlado de depresión de la consciencia. Este estado debe limitarse a periodos cortos de tiempo y se utiliza para procedimientos terapéuticos y diagnósticos que permiten mantener los reflejos protectores del paciente, la permeabilidad de la vía aérea y el ritmo respiratorio, y las respuestas a la estimulación física y a las órdenes verbales.

## **WalkRounds®**

Procedimiento establecido mediante el cual un grupo de profesionales de reconocido prestigio de la institución, que incluye miembros del equipo directivo, realiza visitas semanales a diferentes áreas del hospital para preguntar sobre aspectos específicos de los acontecimientos adversos o errores que han sucedido y sobre los factores o fallos del sistema que han contribuido a que éstos ocurran.

## Anexo 2. Breve descripción de los elementos clave

- I. **Información sobre los pacientes:** Para utilizar los medicamentos apropiadamente, los profesionales sanitarios necesitan disponer de inmediato de información demográfica y clínica (edad, peso, alergias, diagnóstico, etc.) e información para el seguimiento del tratamiento (datos de laboratorio y otros parámetros) que le indiquen los efectos de los medicamentos y las enfermedades subyacentes de los pacientes.
- II. **Información de los medicamentos:** Para reducir el riesgo de errores, los profesionales sanitarios deben disponer del perfil de medicación de los pacientes y deben tener fácil acceso a información actualizada sobre los medicamentos que manejan (libros, sistemas informatizados de información, protocolos, etc.). Se deben implantar protocolos específicos para los medicamentos de alto riesgo y los farmacéuticos deben desempeñar habitualmente actividades clínicas en las áreas asistenciales. La Guía farmacoterapéutica debe estar estrechamente controlada, con el fin de que los medicamentos utilizados en la institución sean bien conocidos por todos los profesionales.
- III. **Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación:** Los problemas de comunicación son una causa frecuente de muchos errores, por lo que las instituciones sanitarias deben eliminar las barreras de comunicación existentes entre los profesionales sanitarios y estandarizar el modo en que se comunican las prescripciones y otra información sobre la medicación para evitar equivocaciones.
- IV. **Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos:** Para facilitar una identificación apropiada e inequívoca de los medicamentos, las instituciones sanitarias deben proporcionar todos los medicamentos claramente etiquetados y acondicionados en dosis unitarias, y deben tomar medidas para evitar errores con los nombres de medicamentos similares ortográfica o fonéticamente, envasado de apariencia similar, y etiquetado confuso o incompleto.
- V. **Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos:** Muchos errores pueden prevenirse simplemente reduciendo los stocks en las unidades asistenciales y restringiendo el acceso a los medicamentos de alto riesgo y a los productos químicos peligrosos, así como distribuyendo a tiempo los medicamentos desde el servicio de farmacia. Siempre que sea posible, las instituciones deben estandarizar las concentraciones de los medicamentos intravenosos disponibles y deben utilizar soluciones preparadas comercialmente para evitar procedimientos proclives a errores, como la preparación de mezclas intravenosas.
- VI. **Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos:** Para evitar errores con los dispositivos para la administración de medicamentos, las instituciones sanitarias deben evaluarlos antes de su adquisición, asegurar que disponen de protecciones adecuadas a prueba de errores (p. ej. protección de flujo libre, conexiones incompatibles, etc.), limitar su variedad para facilitar el conocimiento de su manejo por los profesionales y fomentar la realización de dobles chequeos independientes para evitar errores que pudieran resultar en daños graves a los pacientes.
- VII. **Factores del entorno:** Los factores ambientales, como iluminación deficiente, espacios de trabajo sobrecargados, ruidos, interrupciones, etc. favorecen los errores, ya que los profesionales sanitarios no pueden estar concentrados en sus actividades. Una plantilla insuficiente y una carga excesiva de trabajo también subyacen en muchos errores y constituyen un reto para las instituciones sanitarias en la actualidad.
- VIII. **Competencia y formación del personal:** La formación de los profesionales tiene un importante papel de mejora de la seguridad cuando se asocia con otras iniciativas de reducción de errores. Actividades fundamentales son la evaluación de las competencias de los profesionales y la formación continuada sobre nuevos medicamentos, medicamentos de alto riesgo y prácticas de prevención de errores.
- IX. **Educación al paciente:** Los pacientes desempeñan un papel esencial en la prevención de los errores de medicación cuando se les informa sobre sus medicamentos y se les anima a que pregunten y resuelvan sus dudas. Puesto que los pacientes son el eslabón final del proceso, los profesionales que les atienden deben enseñarles los medios para protegerse a sí mismos y evitar errores, y deben fomentar su participación en las iniciativas de mejora de la seguridad.
- X. **Programas de calidad y gestión de riesgos:** Las instituciones sanitarias necesitan establecer programas para detectar, notificar, analizar y reducir el riesgo de errores de medicación. Se debe cultivar una cultura de seguridad no punitiva para fomentar la comunicación abierta de los errores, estimular un debate constructivo e identificar soluciones efectivas centradas en la mejora del sistema. Se necesita también realizar evaluaciones periódicas del sistema. Los procedimientos de doble chequeo independiente en los puntos vulnerables, proclives a errores, facilitan la detección y corrección de los errores graves antes de que afecten al paciente.

## Anexo 3. Criterios esenciales

1. La información esencial sobre los pacientes se obtiene y está disponible de inmediato en un formato útil, y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos.
2. La información esencial de los medicamentos está fácilmente disponible en un formato útil y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos.
3. Se ha establecido un sistema cerrado de Guía farmacoterapéutica que limita la selección a los medicamentos imprescindibles, reduce el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y manejar, y permite disponer del tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a esta Guía.
4. Los métodos de comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación de los pacientes están estandarizados y automatizados para minimizar el riesgo de errores.
5. Se establecen medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos que tienen nombres parecidos, o etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.
6. Todos los envases y dispositivos con medicamentos están etiquetados con etiquetas bien diseñadas y legibles que identifican claramente los medicamentos que contienen, y permanecen etiquetados hasta el momento de la administración.
7. Las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados siempre que sea posible.
8. Los medicamentos se dispensan a las unidades asistenciales de forma segura y se encuentran disponibles para su administración dentro de los plazos de tiempo apropiados para satisfacer las necesidades de los pacientes.
9. Los depósitos de medicamentos de las unidades asistenciales tienen unas existencias limitadas.
10. Los productos químicos peligrosos están aislados, sin peligro para los pacientes, y no están accesibles en las zonas de preparación de los medicamentos.
11. Se presta especial atención a los procedimientos de adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de los dispositivos utilizados para preparar y administrar los medicamentos, con el fin de reducir los posibles errores humanos.
12. Los medicamentos se prescriben, transcriben, preparan, dispensan y administran en un entorno físico con espacio e iluminación adecuados, lo que permite a los profesionales sanitarios permanecer centrados y sin distracciones en sus actividades relacionadas con la medicación.
13. La relación de personal sanitario cualificado y suficientemente descansado se corresponde con el volumen de trabajo clínico, sin comprometer la seguridad del paciente.
14. Los profesionales sanitarios reciben suficiente formación para utilizar los medicamentos y están sujetos a una evaluación inicial y a otra anual de su competencia sobre conocimientos y aptitudes sobre prácticas de seguridad con la medicación.
15. Los profesionales sanitarios implicados en la utilización de los medicamentos reciben formación continuada sobre prevención de errores de medicación y seguridad en la utilización de los medicamentos que presentan un mayor potencial de causar daño si no se emplean correctamente.
16. Los pacientes se incorporan como miembros activos en su atención mediante una educación apropiada sobre sus medicamentos y de las prácticas para evitar errores.
17. Se ha establecido un programa para la reducción de errores, no punitivo y centrado en el sistema, que está respaldado por el equipo directivo de la institución.
18. Se fomenta la detección y notificación de errores entre los profesionales sanitarios y un equipo multidisciplinar analiza regularmente cualquier error que se haya producido en la institución y en otras instituciones, con el objetivo de rediseñar los sistemas para que los profesionales sanitarios lleven a cabo sus actividades con seguridad.
19. En los puntos más vulnerables del sistema se utilizan procedimientos de doble chequeo independiente o procedimientos automatizados de verificación, para detectar y corregir los errores graves antes de que afecten al paciente.
20. Se utilizan prácticas de eficacia probada para el control de la infección cuando se almacenan, preparan y administran los medicamentos.

## Anexo 4. Preguntas más frecuentes (PMF)

A continuación se relacionan por orden numérico correlativo las preguntas formuladas con más frecuencia sobre puntos específicos del cuestionario:

### **5. ¿Qué significa “verifica que la información sobre las alergias”?**

Si la información sobre las alergias se registra en el sistema informático por personal no sanitario (personal de admisión, administrativo, etc.), un profesional sanitario acreditado (enfermera, farmacéutico o médico) debe verificar esta información mediante la revisión de la historia clínica, entrevista con el paciente, etc. En caso de que existan alergias, el farmacéutico debe verificar que esas alergias se han codificado y escrito correctamente para que puedan ser detectadas automáticamente por el sistema informático. La ausencia de alergias también debe ser documentada.

### **8a y 8b. ¿Qué debo contestar si el hospital tiene implantada la prescripción electrónica, pero sólo en algún área?**

Si el hospital tiene implantada la prescripción electrónica, aunque sólo sea en algún área, debe contestar la opción 8b. Esta misma situación se plantea en otros puntos de evaluación que hacen referencia a la prescripción electrónica.

### **10. ¿Qué debo responder si la información sobre alergias de ingresos previos se transfiere automáticamente al perfil del paciente y no es verificada por un profesional sanitario?**

En este caso la respuesta no debe exceder el nivel C. El objetivo de esta pregunta es conocer si la aplicación informática del hospital transfiere o no automáticamente al perfil del paciente la información sobre alergias registrada en ingresos previos. En estos casos, esta información debe ser verificada por un profesional sanitario antes de procesar la primera prescripción médica.

### **13. ¿Qué significa “y está disponible en el sistema informatizado de farmacia para su consulta”?**

La comorbilidad del paciente y las condiciones especiales deben estar incluidas en el sistema informático de farmacia, de manera que el farmacéutico tenga fácil acceso a esta información mientras está validando las prescripciones médicas. Si la información no está integrada en la aplicación informática, pero está disponible en un sistema independiente al que hay que acceder separadamente, la respuesta no puede exceder la categoría C.

### **29. ¿Qué se entiende por pacientes ambulatorios?**

A efectos del cuestionario se ha utilizado el término de pacientes ambulatorios para incluir tanto a los pacientes ambulantes que no generan estancias, pero a los cuáles se les administra la medicación en el hospital (pacientes de hemodiálisis, radiología, hemodinámica, consultas externas, urgencias, hospital de día, etc.), como a los pacientes externos que reciben directamente los medicamentos en el servicio de farmacia sin que le sean administrados en el hospital (pacientes de fibrosis quística, PROSEREME, etc.).

### **36. ¿Podría cualquier profesional sanitario validar las prescripciones médicas en un sistema informatizado?**

El objetivo de esta pregunta es conocer si todas las prescripciones médicas se registran informáticamente y se validan por un farmacéutico antes de que la medicación se dispense o administre, excepto en situaciones de emergencia vital, como por ejemplo una parada cardiaca.

### **46. ¿Qué significa en este punto “capacidad del hospital para supervisar y gestionar de una manera adecuada”?**

Se refiere a la capacidad de la institución para monitorizar los posibles efectos adversos de un medicamento (p. ej. disponibilidad de pruebas analíticas y de equipos específicos) y para verificar que se realiza dicha monitorización en todos los pacientes que reciban dicho medicamento, con el fin de prevenir o mitigar efectos adversos.

### **51. ¿Qué significa “terapéuticamente necesario y apropiado”?**

En los hospitales debe existir una política estricta con respecto a la medicación no incluida en la Guía farmacoterapéutica que obligue a los médicos a justificar adecuadamente la necesidad de un medicamento no incluido en la guía para

un paciente concreto. Además, la Comisión de Farmacia y Terapéutica debe evaluar periódicamente la utilización de estos medicamentos. Si el hospital mantiene esta política con respecto a la medicación no incluida en la guía, la respuesta puede ser C, D o E. Sin embargo, si el hospital es bastante permisivo con el mantenimiento de la medicación que los pacientes estaban recibiendo antes de su ingreso, la respuesta no debe superar la categoría B.

**52. ¿Se puede responder E a este punto si el hospital tiene completamente implantada la prescripción electrónica y todas las prescripciones se registran por este sistema?**

Si los médicos registran las prescripciones en una aplicación informática que no está directamente conectada con el sistema informático del servicio de farmacia, la respuesta no debe exceder la opción C, incluso aunque la prescripción electrónica esté completamente implantada en toda la institución.

**90. ¿Cuál sería un ejemplo de "intervalos de hora de administración"?**

Toda la medicación de una unidad asistencial no se puede administrar a la vez, por ejemplo a las 8:00 horas, sino que se hace dentro de un intervalo que se considera adecuado. Este plazo de tiempo debe ser definido por las organizaciones que deben velar por su cumplimiento. Un ejemplo de intervalo sería si el plazo se establece en 60 minutos antes y después de la hora estandarizada. En este caso si la hora estandarizada son las 8:00, se consideraría correcta la administración realizada entre las 7:00 y las 9:00 horas.

**96, 97 y 98. ¿Qué se entiende por medicación de emergencia, urgencia y de rutina?**

Hace referencia al intervalo de tiempo transcurrido entre la prescripción y la administración de la primera toma. Los tiempos de dispensación se adecuarán a los siguientes requerimientos: a) medicación de emergencia: la primera administración se realiza inmediatamente después de la prescripción. Se utiliza en situaciones en que es imprescindible el inicio inmediato del tratamiento, cuando un retraso puede suponer un compromiso vital al paciente; b) medicación de urgencia: la primera administración se realiza lo antes posible, dentro de un plazo preestablecido, antes de la siguiente hora de rutina (p. ej. frecuencia y hora estandarizada: cada 24 horas (a las 8:00 h), plazo preestablecido 4 horas. Ante una prescripción realizada a las 12:00 horas con prioridad urgente, se debe administrar la primera dosis antes de las 16:00 horas); c) medicación de rutina: la primera dosis se administra en la siguiente hora establecida para la frecuencia prescrita (p. ej. frecuencia y hora estandarizada: cada 8 horas (8:00-16:00-24:00). Cuando se realiza una prescripción de rutina a las 17:00 horas, la primera administración se efectúa a las 24:00 horas).

**117. Almacenamiento y distribución de formol.**

El formol no debe almacenarse ni distribuirse para conservación de muestras desde el servicio de farmacia. Si en Farmacia se elabora alguna fórmula magistral con formol (p. ej. formol diluido para instilaciones vesicales en caso de cistitis hemorrágica intratable), el preparado se debe identificar con una etiqueta que alerte del peligro si se administra por una vía equivocada. En estos casos, el formol se almacenará junto al resto de materias primas utilizadas en farmacotécnica, separado de los medicamentos.

**190. ¿Qué se entiende por calcular y comparar "tasas de error"?**

Muchas instituciones calculan una tasa de error utilizando el número de errores notificados a través del programa de notificación voluntaria establecido en el centro como numerador y el número de dosis dispensadas, por ejemplo, como denominador. Sin embargo, esta tasa no se debe utilizar en el hospital para establecer comparaciones internas (entre servicios o profesionales) ni externas (con otros centros).

**196 y 197. ¿Qué se entiende por el compromiso del equipo directivo e inclusión de objetivos de seguridad en los planes estratégicos del hospital?**

Estos puntos se refieren a la cultura de seguridad que exista en la institución. Todos los profesionales deben percibir el compromiso del equipo directivo por la seguridad del paciente. En la experiencia del ISMP, las instituciones con una política justa de notificación de errores, que utilizan la información generada en el análisis de los mismos para efectuar cambios en el sistema, suelen estar a la cabeza de la implantación de prácticas de seguridad de medicamentos. Las respuestas a estos puntos deben ser francas y deben consensuarse con los otros miembros del equipo evaluador.

Este Cuestionario de autoevaluación está financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de un convenio suscrito con la Universidad de Salamanca.



Avalado por:



**Sociedad Española de  
Farmacia Hospitalaria**

