



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

Versión española II (2018)

Adaptación del ISMP-Medication Safety Self-Assessment® for Hospitals, por el ISMP-España



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 adaptación y uso al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos- ISMP-España.

El *copyright* © del cuestionario permite hacer copias para uso personal para ser utilizadas por los profesionales de los hospitales cuando efectúan su autoevaluación, pero en ningún caso se puede reproducir, difundir, alterar o modificar parcial o totalmente el contenido del cuestionario con cualquier otro propósito o por cualquier otra entidad u organización.

Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

NIPO: 680-18-019-8

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

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

Versión española II (2018)

Adaptación del ISMP-Medication Safety Self-Assessment® for Hospitals, por el ISMP-España

Un instrumento para la mejora de la calidad



ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

La actualización del **Cuestionario de autoevaluación del Sistema de Utilización de los medicamentos en los Hospitales** en su segunda versión española ha sido financiada por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de un contrato con la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IBSAL).

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 Comité Técnico constituido por los siguientes profesionales:

Dirección científica:

María José Otero. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca.

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

Rita Martín Muñoz

Ana María Moreno Gómez

Silvia Jiménez Cabrera

- Fundación Hospital de Alcorcón:

Montserrat Pérez Encinas

Sira Sanz Márquez

- Hospital Clínic de Barcelona:

Carlos Codina Jané

Consuelo Climent Bolta

- Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona:

Julio Martínez Cutillas

María Queralt Gorjas Torner

- Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de La Coruña:

Sara González Piñeiro

Isabel Martín Herranz

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid:

Ana Herranz Alonso

María Sanjurjo Sáez

- Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid:

Ana Álvarez Díaz

Teresa Bermejo Vicedo

- Instituto Oncológico de San Sebastián:

Gerardo Cajaraville Ordoñona

María José Tamés Alonso

- Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla:

María Dolores Santos Rubio

Bernardo Santos Ramos

El Comité Técnico agradece la asesoría prestada por:

- *Allen J. Vaida.* Institute for Safe Medication Practices

- *Julie Greenall.* Institute for Safe Medication Practices- Canadá

ÍNDICE

Introducción	3
Instrucciones para cumplimentar el cuestionario	5
Información demográfica sobre el hospital.....	9
Baremo de valoración	11

Elementos clave del cuestionario de autoevaluación:

I. Información sobre los pacientes	12
II. Información de los medicamentos.....	15
III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación	19
IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos.....	22
V. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos.....	25
VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos.....	31
VII. Factores del entorno.....	33
VIII. Competencia y formación del personal.....	36
IX. Educación al paciente.....	38
X. Programas de calidad y gestión de riesgos.....	40

Anexos:

1. Definiciones.....	47
2. Breve descripción de los elementos clave.....	50
3. Criterios esenciales.....	51
4. Preguntas más frecuentes.....	52
5. Correspondencia entre la versión II (2018) del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales y la versión I (2007).....	55

Introducción

El **Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales** es una herramienta proactiva de mejora de la seguridad 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 del Ministerio de Sanidad y la colaboración técnica de un grupo de expertos de varios hospitales españoles adaptó este cuestionario para su utilización en nuestro país en el año 2007 y ha realizado esta segunda versión actualizada en 2018.

Esta herramienta ha mostrado ser de gran utilidad para que los hospitales **evalúen la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identifiquen oportunidades de mejora, planifiquen prácticas seguras y efectúen un seguimiento de sus progresos**, y se recomienda cumplimentar periódicamente como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales.

Utilizando este cuestionario el Ministerio de Sanidad realizó sendos estudios en 2007 y 2011 a nivel nacional, con la colaboración el ISMP-España, las CC.AA. y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que permitieron obtener también una información global sobre la implantación de prácticas seguras de medicamentos en los hospitales españoles, priorizar las prácticas a incluir en las estrategias de seguridad del paciente nacionales y autonómicas, y evaluar los cambios producidos a raíz de las actuaciones desarrolladas.

El cuestionario 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 contienen uno o más **criterios esenciales** y cada criterio, a su vez, incluye varios **ítems de evaluación** que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación.

Los ítems de evaluación no pretenden ser los estándares mínimos de seguridad para los hospitales, ya que el ISMP no es una entidad acreditadora. De hecho, algunos de los ítems recogidos en el cuestionario son prácticas innovadoras, aún no implantadas en muchos centros, pero que se recomienda introducir porque son eficaces en la reducción de errores de medicación.

La versión II actualizada del Cuestionario de Autoevaluación español se ha realizado a partir de las actualizaciones del *Medication Safety Self-Assessment® for hospitals* efectuadas en los últimos años en EE.UU, Australia y Canadá, y de la evidencia disponible sobre nuevas prácticas y procedimientos con impacto en seguridad de medicamentos en hospitales. **El cuestionario actualizado contiene 265 ítems**. De ellos, 62 son nuevos ítems que se corresponden con nuevas prácticas seguras que se han incorporado al cuestionario, 78 son ítems cuyo contenido ha sido revisado y cambiado, y 125 son ítems de la versión de 2007 que se mantienen iguales o sólo con modificaciones en la redacción. Los ítems del cuestionario completo han sido reorganizados, por lo que en el Anexo V se recoge la correspondencia de los ítems entre la versión I y la II.

Cada ítem de evaluación debe ser valorado por un equipo multidisciplinar con respecto a su implantación en el hospital utilizando un baremo con 5 posibilidades. No todos los ítems tienen asignada la misma puntuación, sino que esta depende de su eficacia para reducir los errores. En la versión II se ha efectuado también una revisión de las puntuaciones.

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, comparar sus datos con la información agregada de otros hospitales similares y, además, puede comparar el resultado de nuevas evaluaciones que realice para controlar sus progresos con el tiempo.

La nueva versión II tiene numerosos cambios con respecto a la primera, por lo que no resulta posible comparar los resultados de ambas. No obstante, la aplicación informática tiene dos accesos a los que cada hospital puede llegar después de introducir su contraseña: uno para acceder a cumplimentar la nueva versión II y otro para acceder a los resultados de las evaluaciones que haya efectuado con la versión anterior.

Este cuestionario de autoevaluación actualizado pretende continuar siendo un **instrumento de trabajo** muy útil para **orientar a los profesionales sanitarios y a las instituciones en las prácticas seguras de medicamentos a implantar** y dar un nuevo impulso a las iniciativas y programas desarrollados por los diferentes agentes sanitarios para avanzar en el reto mundial de seguridad del paciente de “Medicación sin daño” lanzado por la Organización Mundial de la Salud.

Instrucciones para cumplimentar el cuestionario

1. Reunir un equipo multidisciplinar

El sistema de utilización de medicamentos en los hospitales es un sistema complejo en el que participan múltiples profesionales. Por ello, su evaluación a través de un cuestionario como el que aquí se presenta debe ser realizada por un equipo multidisciplinar. Se recomienda que esté integrado por un representante de la dirección médica, un representante de la dirección de enfermería, el jefe del servicio de farmacia, un experto en seguridad de medicamentos o en gestión de riesgos, y como mínimo, dos enfermeras y dos médicos de diferentes especialidades y dos farmacéuticos (uno clínico y otro de distribución). Además puede ser necesario que para evaluar algunos ítems de evaluación se precise la participación de otros profesionales sanitarios del hospital.

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 representantes 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 pueden conocer 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 de Seguridad de Medicamentos o un Comité de Gestión de Riesgos es aconsejable que la cumplimentación de este cuestionario se lleve a cabo como una actividad bianual de ese Grupo de Trabajo o Comité, como parte de las actividades de mejora de la seguridad de los medicamentos.

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 personal, pero en ningún caso se debe difundir, alterar o modificar el contenido del documento para uso 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 *on-line* (ver apartado 4). Esta información le permitirá posteriormente comparar sus resultados con la información agregada de otros hospitales de características similares.

Para los hospitales compuestos por varios centros con funcionamiento relativamente autónomo o con diferencias en los procedimientos e implantación de tecnología, puede ser apropiado completar un cuestionario por cada centro, con el fin de conocer mejor los puntos vulnerables que hay en cada uno de ellos. Sin embargo, si los distintos centros funcionan de forma homogénea como una entidad, se puede realizar una única autoevaluación para toda la institución.

4. Cumplimentar el cuestionario

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

En esta valoración se tendrá en cuenta que los ítems de evaluación del cuestionario se refieren a la medicación prescrita, dispensada y administrada en 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 ítem. Las posibles respuestas son:

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

Para los ítems de autoevaluación que contienen varias partes o componentes, solo se podrá elegir la respuesta E (implantación completa) si están completamente implantados todos los componentes en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales de la institución. Si se ha implantado solo alguno de los componentes, en algunas o todas las áreas del hospital, la respuesta seleccionada debe ser C o D.

Para los ítems de autoevaluación con dos o tres opciones distintas, separadas por la letra “o” e indicadas como “a” y “b”, o “a”, “b” y “c”, se debe contestar sólo la opción que más se ajuste a los procedimientos del hospital.

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

En algunos casos, y siempre a criterio de cada hospital, puede ser aconsejable adjuntar y archivar documentación para uso interno, que permita conocer posteriormente los criterios que utilizó el equipo evaluador para asignar una determinada valoración a un ítem en concreto (por ejemplo, acta de la Comisión de Farmacia y Terapéutica o del Comité de Gestión de Riesgos en la que se debata o apruebe la implantación de una medida de mejora, manuales de procedimientos, etc.). En la aplicación *on-line* se dispone en cada ítem de evaluación de un fichero donde se puede escribir un breve comentario sobre la documentación o criterios utilizados para evaluar dicho ítem. 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 ítems de evaluación para facilitar su interpretación y comprensión. Esta información se recoge en forma de respuesta a las *Preguntas más frecuentes* (PMF), las cuales se pueden consultar en el Anexo 4 de este documento (página 52) o en la web del ISMP-España (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).

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). Es posible introducir las respuestas por etapas, así como modificarlas siempre que desee hasta que se considere finalizada la evaluación.

Para poder acceder a este programa, se debe contactar con el ISMP-España (ismp@ismp-espana.org) y solicitar una clave o contraseña. Esta clave será única e intransferible para cada hospital.

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 nueva versión II tiene numerosos cambios con respecto a la primera, por lo que no resulta posible comparar los resultados de ambas. No obstante, la aplicación informática tiene dos casillas de acceso a los que cada hospital puede llegar después de introducir su contraseña: una para acceder a cumplimentar la nueva versión II y otra para acceder a los resultados de las evaluaciones que haya efectuado con la versión anterior.

Los ítems del cuestionario tienen asignada diferente puntuación, dependiendo de su eficacia prevenir los errores de medicación y su impacto sobre la seguridad del sistema en su conjunto. La opción A siempre puntúa 0, mientras que las posibles puntuaciones para las opciones B, C, D o E del baremo van en aumento e incluyen diversos valores que pueden oscilar desde un mínimo de 0 para la opción B hasta un máximo de 16 para la opción E. Ejemplos de posibles puntuaciones para las opciones A, B, C, D o E serían: 0, 0, 2, 3, 4; 0, 1, 2, 3, 4 ó 0, 2, 4, 6, 8.

Además, la puntuación de algunos ítems de evaluación, que únicamente tienen repercusión en la seguridad si están completamente implantados en toda la institución, sólo se adjudica si se ha contestado la opción E. En estos casos la puntuación para las respuestas A, B, C y D será 0 (p.ej. 0, 0, 0, 0, 6).

En el caso de haber marcado la opción “no aplicable”, si procede, el ítem 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 ítems del cuestionario.

Los resultados que se obtienen en el cuestionario se expresan mediante la puntuación en valor absoluto alcanzada para la totalidad del cuestionario y para cada elemento clave, criterio esencial o ítem de evaluación. Además, se expresan también mediante el porcentaje sobre el valor máximo posible o alcanzable, para poder comparar los resultados obtenidos entre los elementos clave, entre los criterios esenciales y entre los ítems de evaluación, dado que la puntuación máxima posible de cada uno de ellos es diferente. Este porcentaje medio oscilaría entre un 0% (que supondría una nula implantación de todos los ítems de evaluación de ese elemento clave o criterio esencial) hasta un 100% (que supondría una implantación completa en toda la institución).

El programa está diseñado de forma que en todo momento **se asegura la confidencialidad** de la información. Cada usuario solo tiene acceso mediante contraseña a sus propios datos y a los datos agregados del conjunto de hospitales, pero en ningún momento es posible conocer el origen del resto de la información. Estos datos agregados pueden ser utilizados por el ISMP-España y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con fines educativos y de investigación.

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
- 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 solo 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

Baremo de valoración

A No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem

B Este ítem se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado

C Este ítem se ha implantado parcialmente en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales de la institución

D Este ítem se ha implantado completamente en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales de la institución

E Este ítem se ha implantado completamente en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales de la institución

Para los ítems de autoevaluación que contienen varias partes o componentes, solo se podrá elegir la respuesta E (implantación completa) si están completamente implantados todos los componentes en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales de la institución. Si se ha implantado solo alguno de los componentes, en algunas o todas las áreas, la respuesta seleccionada debe ser C o D.

Para los ítems de autoevaluación con dos o tres opciones distintas, separadas por la letra "O" e indicadas como "a" y "b", o "a", "b" y "c", se debe contestar sólo la opción que más se ajuste a los procedimientos del hospital.

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, y cuando se efectúa el seguimiento de sus efectos.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
1	La información básica del paciente (nombre, unidad de hospitalización, habitación/cama, número de historia clínica, fecha de nacimiento, médico, peso, etc.) es 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.					
2	La información sobre las comorbilidades del paciente (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal o hepática, etc.) o condiciones especiales (embarazo, lactancia, etc.) se encuentra accesible informáticamente para el farmacéutico en el momento de la validación como soporte para la toma de decisiones. <i>PMF – Ver página 52</i>					
3	Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes (médicos, farmacéuticos y enfermeras) pueden acceder informáticamente con facilidad desde sus puestos de trabajo a los resultados de laboratorio, de los pacientes atendidos en el ámbito hospitalario .					
4	Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes (médicos, farmacéuticos y enfermeras) pueden acceder informáticamente con facilidad desde sus puestos de trabajo a los resultados de laboratorio, de los pacientes atendidos en el ámbito de atención primaria .					
5	Los resultados de laboratorio más recientes se muestran automáticamente en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA para aquellos medicamentos en que se precisa realizar un ajuste de la dosis en función de dichos datos (p. ej. si se prescribe acenocumarol, aparece el último INR).					
6	Se utiliza un sistema informático de monitorización intensiva , conectado con los resultados analíticos y otros datos del paciente, para optimizar el tratamiento y detectar pacientes con riesgo de sufrir efectos adversos por la medicación (p. ej. disminución del recuento de plaquetas en un paciente con heparina, bacteria resistente al tratamiento antibiótico prescrito), <u>y para comunicar</u> a los profesionales oportunidades de intervenir a tiempo real.					
7	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, <u>y está accesible de inmediato</u> para todos los profesionales cuando un paciente vuelve a ingresar. <i>No elegir "D" o "E" si la información se elimina más frecuentemente que cada cinco años.</i>					
8	Se dispone de un procedimiento que garantice la validez de los datos identificativos del paciente y que contemple la resolución de incidencias de los sistemas de información (p. ej. pacientes con más de un número de historia clínica, pacientes con un número de historia clínica incorrecto).					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
9	Los SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA 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. <i>PMF – Ver página 52</i>					
10	Las alergias a medicamentos se indican de forma claramente visible en todos los impresos o pantallas que muestran la medicación específica de cada paciente (p. ej. historia clínica, pantallas del sistema de prescripción, del sistema informático de farmacia y de los sistemas automatizados de dispensación (SAD), hojas de registro de administración de medicamentos manuales o electrónicas), como recordatorio para todos los profesionales sanitarios. [Para información adicional consulte boletín recogido en la web del ISMP-España www.ismp-espana.org].					
11	Un profesional sanitario verifica que la información sobre las alergias del paciente registrada en el sistema de información clínica es correcta, y que los nombres de los alérgenos están bien escritos y codificados para posibilitar su detección automática por el sistema. <i>PMF – Ver página 52</i>					
12	Las prescripciones médicas <u>no pueden</u> ser introducidas en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA hasta que las alergias del paciente se han registrado y codificado adecuadamente en el perfil del paciente (las alergias del paciente son un campo obligatorio).					
13	El SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA examina y detecta <u>automáticamente</u> los medicamentos a los que son alérgicos los pacientes (incluyendo alergias cruzadas) y proporciona una alerta clara a los profesionales sanitarios cuando se introduce o revisa un medicamento al que el paciente es alérgico.					
14	La información sobre alergias de un ingreso anterior está disponible de inmediato para los profesionales sanitarios cuando un paciente reingresa (p. ej. pantallas desplegadas al introducir las primeras prescripciones), pero el sistema exige que un profesional sanitario verifique que dicha información es correcta para que se asigne al campo de alergias. <i>PMF – Ver página 52</i>					
15	Se ha establecido un procedimiento que especifica cómo modificar las alergias y reacciones adversas del paciente en el sistema de información clínica y a quién se permite realizar estos cambios.					
16	Los medicamentos que se dosifican según el peso corporal no pueden ser prescritos en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA mientras no se haya introducido el peso del paciente (el peso es un campo obligatorio).					
17	Se ha establecido un procedimiento para asegurar que el peso y la altura de los pacientes se registran en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA como parte del proceso de ingreso, indicando la fecha de registro, <u>y se especifica</u> si los valores registrados han sido medidos o estimados por los profesionales o bien han sido los referidos por los pacientes.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
18a	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 , antes de administrar la medicación.					
	O					
18b	Se utilizan dos identificadores del paciente (nunca el número de habitación o la localización) de la hoja de registro de enfermería (manual o electrónica) o de la prescripción médica, para verificar su identidad en la pulsera identificativa o cuando sea posible directamente con el paciente, antes de administrar la medicación.					
19	Se han establecido <u>e</u> implantado unos criterios para el seguimiento de los pacientes que reciben SEDACIÓN MODERADA, analgesia controlada por el paciente u otras perfusiones intravenosas de opioides para el tratamiento del dolor, para detectar síntomas de sobredosificación (p. ej. monitorización del nivel de conciencia y de la frecuencia respiratoria cada 2 horas, pulsioximetría).					
20	Las medidas de seguimiento de los pacientes que reciben analgesia controlada por el paciente u otras perfusiones intravenosas de opioides para el tratamiento del dolor, se refuerzan (p. ej. con el uso de capnografía, alarmas de apnea) si reciben tratamientos concomitantes que potencian la toxicidad de los opioides o presentan factores de riesgo (asma o apnea del sueño, obesidad o bajo peso corporal).					
21	Se han establecido unos criterios de selección de los pacientes para utilizar bombas de analgesia controlada por el paciente, que excluyen a aquellos pacientes que por sí mismos no sean capaces de administrarse la medicación, debido a su nivel de conciencia, su estado fisiológico o su capacidad de comprensión limitada, y que contemplan ciertas situaciones en que la administración se puede realizar por personal sanitario cualificado o los padres u otros cuidadores entrenados. Elegir “No aplicable” si no se proporciona analgesia controlada por el paciente.					
		NO APLICABLE				
22	La administración de sedantes orales (p. ej. midazolam, hidrato de cloral) a niños como preparación para un procedimiento (p. ej. resonancia magnética nuclear) se realiza exclusivamente por profesionales sanitarios cualificados, <u>después de que el niño haya llegado al centro</u> , para asegurar un seguimiento adecuado de su estado neurológico y respiratorio, así como la disponibilidad del equipo de resucitación en el caso de que se produzca una depresión respiratoria. Elegir “No aplicable” 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, y cuando se efectúa el seguimiento de sus efectos.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
23	Se obtiene una historia farmacoterapéutica completa (con indicación, dosis, frecuencia, vía, hora de la toma de la última dosis) de todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios cuando ingresan o acuden a consulta, que incluye los medicamentos con y sin receta, vitaminas, plantas medicinales y sustancias de abuso.					
24	Al ingreso de todos los pacientes hospitalizados, se utiliza un procedimiento estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que el paciente ha estado tomando en su domicilio con los medicamentos prescritos al ingreso, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia.					
25	Cuando se traslada un paciente dentro del centro a otra unidad asistencial, se utiliza un procedimiento estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que ha recibido antes y después de su traslado, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia.					
26	Antes del alta hospitalaria , se utiliza un procedimiento estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que el paciente ha estado tomando en su domicilio y durante el ingreso con los medicamentos prescritos al alta, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia, <u>y se proporciona información oral y escrita</u> a los pacientes que especifica claramente los medicamentos que deben tomar después del alta y los medicamentos que han sido modificados o retirados.					
27	Durante el ingreso hospitalario y al alta se utiliza un procedimiento estandarizado para revisar la adecuación del tratamiento, en base a las guías de práctica clínica de referencia, criterios STOPP-START, etc., con el fin de identificar y resolver cualquier problema asociado con la medicación.					
28	En los pacientes ambulatorios (p. ej. urgencias, cirugía ambulatoria, consultas de atención farmacéutica, etc.) se utiliza un procedimiento estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que el paciente está tomando en su domicilio con los nuevos medicamentos que se prescriben, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia.					
29	En los pacientes ambulatorios se utiliza un procedimiento estandarizado para revisar la adecuación del tratamiento, en base a las guías de práctica clínica de referencia, criterios STOPP-START, etc., con el fin de identificar y resolver cualquier problema asociado con la medicación.					
30	Los farmacéuticos y el personal técnico de farmacia tienen fácil acceso (p. ej. en cada terminal de ordenador en la farmacia o en dispositivos móviles) a sistemas electrónicos de información sobre medicamentos, actualizados y de manejo sencillo (p. ej. MicroMedex®, BOT Plus®, Medimecum®) que incluyen información sobre plantas medicinales.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
31	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 móviles) a sistemas electrónicos de información sobre medicamentos, actualizados y de manejo sencillo (p. ej. MicroMedex®, BOT Plus®, Medimecum®) que incluyen información sobre plantas medicinales.					
32	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, y se revisan periódicamente.					
33	Las bases de datos de información sobre medicamentos para el software de la tecnología utilizada en el hospital se actualizan periódicamente.					
34	Se dispone de unas guías estandarizadas para dosificar la medicación de emergencia, que se encuentran disponibles en los carros de emergencia de adultos y pacientes pediátricos, y la información proporcionada se corresponde con las formas de dosificación incluidas en los carros.					
35	Los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (p. ej. citostáticos, anticoagulantes, opioides, insulina) utilizados en el centro están perfectamente definidos, se han establecido prácticas de prevención de errores, <u>y estas prácticas se han difundido</u> a todos los profesionales sanitarios que los prescriben, dispensan y administran.					
36	Se dispone de protocolos, guías, escalas de dosificación o listas de verificación para los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO que están accesibles para los profesionales sanitarios, <u>y se utilizan cuando</u> se prescriben, dispensan y administran estos medicamentos.					
37	Se ha elaborado y difundido información con las equivalencias de dosis de los opioides orales, parenterales y transdérmicos, y es fácilmente accesible para todos los profesionales sanitarios que prescriben, dispensan o administran opioides.					
38	Se han establecido DOSIS MÁXIMAS para los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO que se han incorporado en los protocolos y en el software de la tecnología utilizada en el hospital (p. ej. SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, SAD, registro electrónico de administración, BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES) y se revisan periódicamente.					
39	Se han establecido límites de dosis para aquellos medicamentos inyectables que se titulan según su efecto (p. ej. perfusiones de insulina, dopamina, dobutamina), de forma que, cuando se alcanzan, (p. ej. caen por debajo de las dosis mínimas o exceden las DOSIS MÁXIMAS), se exige al médico prescriptor que proporcione posteriores instrucciones sobre posibles cambios en la dosis o en la duración del tratamiento.					
40	Los SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA exigen que los profesionales sanitarios que ignoren una alerta relevante (p. ej. exceder una DOSIS MÁXIMA de un medicamento de alto riesgo, una interacción medicamentosa grave, una alergia) registren una justificación al respecto.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
41	Un farmacéutico u otro profesional sanitario designado específicamente revisa periódicamente en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA los registros de las alertas relevantes que han sido ignoradas (p. ej. alertas de DOSIS MÁXIMAS, interacciones graves, alertas de alergia).					
42	El SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA se evalúa periódicamente, para detectar alertas sin relevancia clínica y se toman medidas para evitar la "fatiga por alertas".					
43	En los pacientes que requieren medios de contraste, se sigue un protocolo estandarizado antes y después de realizar el procedimiento para revisar las alergias, función renal y medicamentos contraindicados en los pacientes (p. ej. metformina que tiene que ser suspendida varios días antes), y se toman las medidas necesarias para reducir el riesgo de nefrotoxicidad o evitar reacciones alérgicas al contraste.					
44	Excepto en situaciones de urgencia vital, antes de iniciar los tratamientos, todas las prescripciones de los pacientes ingresados se introducen en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA y se revisan electrónicamente por un farmacéutico, considerando la situación clínica del paciente. <i>PMF – Ver página 52</i>					
45	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).					
46	Los farmacéuticos trabajan con regularidad directamente en las unidades de hospitalización desempeñando actividades clínicas. <i>PMF – Ver página 52</i>					
47	Los farmacéuticos trabajan con regularidad directamente en las unidades de asistencia a pacientes ambulatorios (p. ej. urgencias, cirugía ambulatoria, consultorios) desempeñando actividades clínicas. <i>PMF – Ver página 52</i>					

Criterio esencial # 3:

Se ha establecido un sistema controlado 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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
48	La Guía farmacoterapéutica (GFT) no incluye para ningún principio activo más de un medicamento con la misma presentación y dosis, salvo situaciones justificadas.					
49	La GFT limita al máximo la duplicidad de medicamentos equivalentes terapéuticos.					
50	Antes de incluir un medicamento en la GFT se analiza el riesgo potencial de error y se recoge en el informe de evaluación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT).					
51	La CFT estudia la capacidad del hospital para efectuar un seguimiento apropiado y tratar las reacciones adversas previsibles de un medicamento, antes de incluir dicho medicamento en la GFT. <i>PMF – Ver página 52</i>					
52	Cuando se autoriza la inclusión en la GFT de un medicamento con un riesgo elevado de error, se establecen medidas para mejorar su seguridad <u>antes de su utilización inicial</u> , y se realiza un seguimiento de las mismas.					
53	Cuando se incluye en la GFT un nuevo medicamento, se revisa el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA para incorporar advertencias clínicas importantes (p. ej. interacciones medicamentosas graves, alergias, alertas de alergias cruzadas, DOSIS MÁXIMAS), y se verifica que funcionan correctamente.					
54	Se revisan las publicaciones sobre errores o reacciones adversas relacionadas con los medicamentos incluidos en la GFT y, en caso necesario, se establecen medidas para mejorar su seguridad o se excluye el medicamento de la GFT.					
55	Los medicamentos que no están incluidos en la GFT solo se utilizan cuando es terapéuticamente necesario y apropiado (p. ej. si el paciente ha sufrido previamente reacciones adversas con el medicamento incluido en la GFT, como alternativa durante una situación de desabastecimiento, etc.). <i>PMF – Ver página 52</i>					
56	Se dispone de un procedimiento aprobado e implantado para advertir a los profesionales sanitarios sobre las situaciones de desabastecimiento de medicamentos; priorizar a los pacientes cuando las existencias de medicamentos son limitadas; y seleccionar e informar sobre alternativas terapéuticas, dosis y características de utilización (que incluyen advertencias sobre los posibles eventos adversos asociadas).					

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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
57a	En hospitales con SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: el software incluye sistemas de soporte a la decisión clínica que alertan a los médicos sobre posibles errores (p. ej. alergias, DOSIS MÁXIMAS, interacciones) y orientan hacia la utilización de los medicamentos incluidos en la GFT y de los protocolos/guías clínicas establecidos.					
57b	En hospitales sin SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: 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) o en procedimientos complejos (p. ej. ingresos en unidades de atención crítica), y para MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (p. ej. antineoplásicos).					
58	Las pautas estandarizadas (electrónicas o preimpresas) indican las dosificaciones intravenosas y epidurales de los medicamentos en las concentraciones estándar utilizadas en el centro y en el mismo formato (p. ej. mg/kg, mcg/kg/min) y secuencia que los utilizados en las hojas de administración de enfermería y en las opciones seleccionadas para las bombas de infusión (p. ej. para las BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES).					
59	Las pautas estandarizadas (electrónicas o preimpresas) para productos complejos que se preparan en farmacia (p. ej. nutrición parenteral total) relacionan los aditivos en la misma secuencia, unidades de dosis (p. ej. mg, mEq) y concentraciones (p. ej. mg/mL, mg/L) que el sistema informático de farmacia y el programa informático de preparación.					
60	Cuando se prescribe un medicamento que se tiene que administrar solo determinados días de la semana , se especifican los días concretos en la prescripción (p. ej. metotrexato el martes). Los días en que no se tiene que administrar deben estar tachados en el apartado de administración.					
61	Cuando se prescribe un medicamento que se administra quincenal, mensual o trimestralmente , se especifica el día y el mes que corresponde a la próxima dosis o bien el día que se administró la última dosis.					
62	Cuando se prescribe un tratamiento de duración finita , se especifica claramente en la prescripción el día y hora en que se debe suspender el tratamiento (p. ej. suspender heparina de bajo peso molecular el dd/mm a las hh).					
63	La institución tiene establecida una lista de ABREVIATURAS PROCLIVES A ERRORES prohibidas y de formas incorrectas para expresar las dosis en todas las prescripciones médicas o información sobre la medicación. [Ver <i>Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis que pueden causar errores de medicación en la web del ISMP- España</i> http://www.ismp-espana.org e ISMP http://www.ismp.org].					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
64	Se supervisa el cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el centro para indicar el nombre del medicamento, dosis, vía, y frecuencia de la medicación en las prescripciones manuscritas o preimpresas, pantallas del SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA y de los SAD, etiquetas de medicación generadas por el ordenador, etiquetas de contenedores de almacenamiento, etc., a través de iniciativas de mejora de la calidad.					
65	Se dispone de un plan de contingencia para seguir en caso de que se produzcan fallos en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA que contempla un procedimiento alternativo seguro de prescripción de medicamentos.					
66	Las prescripciones verbales están restringidas a casos de emergencias u otras situaciones (p. ej. durante una intervención estéril) en las que el prescriptor no puede realizar de forma inmediata una prescripción electrónica o manual. [Para información adicional consulte boletín recogido en la web del ISMP-España www.ismp-espana.org].					
67	Se ha establecido una técnica de repetición para aceptar las prescripciones verbales, de forma que el profesional que recibe la orden verbal la repite al prescriptor en voz alta, para que la verifique y confirme, <u>y se exige</u> que posteriormente se registre la prescripción verbal en las órdenes de tratamiento y que se registre la administración.					
68	En el caso de que se admitan prescripciones telefónicas (p. ej. porque las necesiten utilizar los médicos de guardia), el receptor de la orden debe transcribirla inmediatamente a la orden de tratamiento del paciente y después leerla al prescriptor, para asegurar que ha entendido la orden y también que la ha transcrito correctamente.					
69	<u>Nunca</u> se aceptan prescripciones verbales o telefónicas para antineoplásicos orales o parenterales, incluidos agentes utilizados para indicaciones no oncológicas. (<i>Excepción</i> : se aceptan las prescripciones telefónicas para suspender el tratamiento antineoplásico). Elegir “No aplicable” si no se proporciona tratamiento antineoplásico (incluyendo agentes orales).					NO APLICABLE
70	Al ingresar el paciente en el hospital <u>y al ser trasladado</u> a una unidad asistencial diferente dentro del hospital (p. ej. traslado a unidad de cuidados intensivos), los médicos efectúan una prescripción completa con todo el tratamiento farmacológico. No se aceptan las prescripciones de “continuar con los mismos medicamentos” o “tomar la medicación de casa”.					
71	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 introducen en el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, de forma que se active una alerta automática de duplicidad terapéutica o de interacciones cuando posteriormente se realicen más prescripciones.					
72	Los médicos tienen fácil acceso a un 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 como referencia cuando se programa la medicación al alta.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
73a	Se utilizan hojas de registro de administración de enfermería generadas por ordenador o electrónicas , que comparten una base de datos común con el SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, para guiar y registrar la administración de la medicación.					
	O					
73b	Se utilizan hojas de registro de administración de enfermería manuscritas para guiar y registrar la administración de la medicación.					
74	Las hojas de registro de administración de enfermería (electrónicas o en papel) o la orden médica original se utilizan durante la selección/preparación de los medicamentos y se llevan hasta la cama del paciente para que sirvan como referencia durante la administración de la medicación. <i>Excepción:</i> preparación y administración en situaciones de emergencia.					
75	El centro tiene establecido un procedimiento claro y eficaz para resolver los conflictos que pueden surgir entre los profesionales sanitarios ante la posible falta de seguridad de una prescripción.					

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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
76	Se revisa con regularidad la información de la web del ISMP-España y otras publicaciones para identificar los medicamentos con problemas de etiquetado, envasado o nombre <u>y se adoptan medidas</u> para prevenir errores con estos productos.					
77	Se ha establecido un procedimiento para comparar el etiquetado o envasado de los nuevos medicamentos frente a los ya disponibles en el centro y evaluar el riesgo de errores, antes de incluir un nuevo medicamento en la GFT, cuando se cambia de proveedor de un medicamento <u>y también ante</u> adquisiciones temporales motivadas por situaciones de desabastecimiento.					
78	El servicio de farmacia revisa los nuevos medicamentos que se reciben para detectar si tienen envases o nombres similares y se toman medidas para diferenciarlos, p. ej. se almacenan por separado (no por orden alfabético) o se señalan con alertas apropiadas.					
79	Cuando existen medicamentos con etiquetado o envasado de apariencia similar , se recurre, si es posible, a adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos.					
80	Se utilizan alertas auxiliares u otros elementos distintivos (p. ej. LETRAS MAYÚSCULAS RESALTADAS para aumentar las diferencias entre los nombres similares) en los envases, y en las estanterías y contenedores donde se almacenan los medicamentos con nombres, envasados o etiquetados que son proclives a errores.					
81	El centro elabora una lista de nombres de medicamentos similares y los profesionales sanitarios, especialmente enfermeras, médicos, farmacéuticos y técnicos de farmacia, conocen la lista, cómo se actualiza y las medidas que deben tomarse para evitar confusiones. [Ver <i>Lista de nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión</i> en la web del ISMP- España http://www.ismp-espana.org].					

Criterio esencial # 6:

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

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
82	El contenido y formato del etiquetado de los medicamentos que se realiza en el centro está estandarizado y diseñado para asegurar que sea claro y distintivo, y que no tiene ABREVIATURAS PROCLIVES A ERRORES ni información que no sea esencial (p. ej. NEMÓNICOS informáticos y otros códigos farmacéuticos).					
83	Todos los medicamentos que se dispensan por el servicio de farmacia a las unidades asistenciales (incluyendo la unidad de neonatos, pediatría y cuidados intensivos) están etiquetados y acondicionados en DOSIS UNITARIAS. <i>Excepción:</i> situaciones concretas en que no resulta posible, p. ej. preparaciones tópicas, óticas y oftálmicas.					
84	Las dosis que requieran menos de un comprimido (p. ej. 1/4 ó 1/2 comprimido) se reenvasan en DOSIS UNITARIAS por el servicio de farmacia.					
85	Los medicamentos que se dispensan por el servicio de farmacia para pacientes específicos están etiquetados y acondicionados en DOSIS UNITARIAS e <u>identificados</u> con el nombre y localización del paciente, bien en contenedores (bandeja, cajetín) o con un envoltorio exterior (sobre, bolsa).					
86	Las etiquetas de las mezclas inyectables preparadas en el servicio de farmacia indican la cantidad total o la concentración de cada medicamento adicionado, el volumen total de solución, la solución base, la vía de administración y la caducidad, <u>y las</u> destinadas a pacientes específicos incluyen además los datos identificativos y la localización del paciente.					
87	Las mezclas intravenosas preparadas en el servicio de farmacia que tienen sobrellenado (p. ej. de antineoplásicos, perfusiones pediátricas), se etiquetan de forma que el volumen final incluye el volumen de sobrellenado.					
88	El nombre del medicamento (genérico y/o comercial) que aparece en el etiquetado de los medicamentos dispensados por farmacia puede ser cotejado por las enfermeras con el nombre que aparece en la hoja de registro de administración de enfermería.					
89	<u>Todos</u> 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) están etiquetados como mínimo con el nombre del medicamento y la dosis/concentración, así como la vía de administración, si procede.					
90	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.					
91	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 administración de medicamentos de enfermería. <i>Excepción:</i> medicamentos que requieren preparación previa (p. ej. triturado).					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
92	Durante todos los procedimientos clínicos/quirúrgicos todos los envases (incluyendo jeringas y bateas utilizadas para contener medicamentos) están etiquetados, incluso cuando solo haya un envase con un medicamento o producto.					
93	El etiquetado de los medicamentos inyectables que se preparan para uso en anestesia cumplen las recomendaciones de SEDAR, SENSAR e ISMP-España. El etiquetado de las jeringas tiene un código de colores estándar adoptado internacionalmente e indica el nombre del medicamento y la dosis/concentración. [Ver <i>Recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos en anestesia</i> en la web del ISMP- España http://www.ismp-espana.org].					
94	Los medicamentos destinados a la administración por las vías epidural o intratecal/intradural se identifican con etiquetas de color amarillo que indican de forma destacada la vía de administración.					
95	Las preparaciones de vincristina (y otros alcaloides de la vinca) se acondicionan siempre en minibolsas (nunca en jeringas) y se etiquetan con una etiqueta de advertencia que indica: "Para uso exclusivo intravenoso", según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. <i>Elegir "No aplicable" si no se proporciona tratamiento antineoplásico.</i>					
		NO APLICABLE				

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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
96	Las concentraciones de las soluciones para infusión de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, como morfina, heparina, insulina e inotropos, que se utilizan en el centro para pacientes adultos , se han estandarizado y limitado.					
97	Las concentraciones de las soluciones para infusión de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, como morfina, heparina, insulina e inotropos, que se utilizan en el centro para pacientes pediátricos (y también para neonatos) , se han estandarizado y limitado. <i>Elegir "No aplicable"</i> si no se tratan pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.					
98	El servicio de farmacia prepara las soluciones intravenosas estandarizadas de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO que no se encuentran disponibles comercialmente, excepto si se necesitan en situaciones de emergencia.					
99	Cuando se precisa más de una concentración estándar para la infusión de algún MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO, el centro utiliza una denominación uniforme y elementos visuales para identificar y distinguir las concentraciones disponibles. Se debe especificar siempre la concentración en las prescripciones médicas, registros de enfermería, etiquetados, y todo tipo de formatos electrónicos. <i>PMF – Ver página 52</i>					
100	Se utilizan mezclas intravenosas preparadas comercialmente, siempre que se encuentren disponibles, para evitar la preparación en farmacia o la manipulación a pie de cama.					
101	Se utilizan jeringas precargadas, en lugar de viales o ampollas, para aquellos medicamentos inyectables destinados a la administración intravenosa directa que se encuentran disponibles en dicha presentación comercial. <i>PMF – Ver página 52</i>					
102	El servicio de farmacia prepara y dispensa en DOSIS INDIVIDUALIZADAS POR PACIENTE al menos el 90% de todos los medicamentos inyectables para pacientes adultos, pediátricos y neonatos.					
103	El servicio de farmacia prepara las bombas elastoméricas y casetes o reservorios.					
104	Se ha estandarizado el horario de administración de la medicación programada <u>y se aplica sistemáticamente</u> en todas las unidades asistenciales de la institución. <i>Excepción:</i> medicamentos específicos prescritos en lactantes y niños pequeños.					
105	Se han establecido, difundido e implantado unos márgenes de tiempo en los que las enfermeras tienen que administrar la medicación programada para que se ajuste al horario de administración establecido, incluso si la primera dosis se ha administrado fuera del mismo. <i>PMF – Ver página 52</i>					

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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
106	Los sistemas utilizados para dispensar los medicamentos desde el servicio de farmacia a las unidades asistenciales están controlados directamente por el servicio de farmacia mediante personal cualificado o a través de SAD.					
107	Se dispone de un número suficiente de SAD y se encuentran ubicados en áreas accesibles para enfermería, con el fin de asegurar el acceso a la medicación sin tiempos de espera excesivos y evitar que se recurra a utilizar otras vías alternativas poco seguras para disponer de la medicación [Ver <i>Recomendaciones para el Uso Seguro de los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos</i> , del ISMP-España y Grupo Tecno de la SEFH en la web del ISMP-España http://www.ismp-espana.org]. <i>Elegir “No aplicable” si el centro no utiliza SAD.</i>					
		NO APLICABLE				
108	Se dispone de un plan de contingencia para seguir en caso de que se produzcan fallos en los SAD, que asegure la continuidad del suministro de medicamentos a los pacientes. <i>Elegir “No aplicable” si el centro no utiliza SAD.</i>					
		NO APLICABLE				
109	Se han establecido criterios y plazos de tiempo realistas y seguros para dispensar la medicación de emergencia, urgencia y de rutina y <u>se han consensuado</u> entre todos los profesionales implicados en el sistema de utilización de los medicamentos. <i>PMF – Ver página 52</i>					
110	La dispensación de los medicamentos de emergencia, urgencia y de rutina se ajusta a los plazos de tiempo establecidos. <i>PMF – Ver página 52</i>					
111	Siempre que se prescribe una medicación de emergencia se especifica la hora de administración en la prescripción y esta información se comunica inmediatamente a enfermería.					
112	Se notifica la entrega de las primeras dosis y de la medicación de emergencia que se dispensan a las enfermeras de las unidades asistenciales.					
113	Se ha establecido un procedimiento en todas unidades asistenciales para retirar y almacenar de forma segura la medicación suspendida (o la medicación retirada de los SAD que no se ha utilizado), hasta que el servicio de farmacia la recoja y <u>no está permitido</u> utilizarla para otros pacientes.					
114	Los medicamentos aportados al centro por los propios pacientes no se administran al paciente hasta que un médico los prescribe, autorizando su uso, el farmacéutico los valida y una enfermera (u otro profesional cualificado) inspecciona visualmente el medicamento y el envase para verificar la identidad del medicamento.					
115	La CFT (u otro comité) revisa periódicamente la lista de antídotos necesarios en el centro y su disponibilidad en unidades específicas.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
116	Los antídotos para revertir la toxicidad por benzodiazepinas y opioides, así como otros antídotos que se considere necesario por la CFT (u otro comité), están disponibles en las unidades asistenciales, junto con recomendaciones para su uso.					
117	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.					

Criterio esencial # 9:

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

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
118	El contenido de los depósitos de medicamentos de cada unidad asistencial (incluyendo los SAD) se establece considerando las necesidades de los pacientes tratados habitualmente en esa unidad y el riesgo de error con dichos medicamentos, <u>y se revisa y actualiza</u> al menos anualmente.					
119	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.					
120a	Los viales o ampollas de concentrados de electrolitos (p. ej. 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 SAD de <u>ninguna</u> unidad asistencial (incluidos los botiquines de quirófano/anestesia).					
120b	O Los viales o ampollas de concentrados de electrolitos <u>están restringidos</u> a unidades autorizadas excepcionalmente (p. ej. cloruro potásico usado en cirugía cardíaca), y se almacenan en cantidades limitadas y separados de otros medicamentos, con otras medidas de seguridad adicionales (p. ej. etiquetas auxiliares de advertencia) [Ver <i>Recomendaciones para el Uso Seguro del Potasio Intravenoso</i> , Ministerio de Sanidad e ISMP-España, en la web del ISMP-España www.ismp-espana.org].					
121	Las soluciones IV premezcladas de electrolitos (p.ej. cloruro potásico, cloruro sódico en concentraciones mayores del 0,9%) se almacenan separadamente de las soluciones de fluidoterapia.					
122	Las bolsas y frascos de gran volumen (comerciales o preparados en farmacia) de soluciones para irrigación o para conservación de órganos, y el agua estéril para irrigación o inhalación, se etiquetan y se almacenan separadamente para que no puedan confundirse con las soluciones destinadas a la administración por vía parenteral. [Para información adicional consulte boletín recogido en la web del ISMP-España www.ismp-espana.org].					
123	Los bloqueantes neuromusculares solo están disponibles en quirófanos, unidades de cuidados intensivos o en los carros de parada cardiorrespiratoria, <u>se almacenan en cajetines separados</u> del resto de medicamentos del depósito de la unidad (incluyendo aquellos almacenados en SAD que deben colocarse en cajetines con tapa) <u>y los cajetines de almacenamiento se etiquetan</u> con advertencias auxiliares de alerta que indican con claridad que son agentes paralizantes respiratorios y que su utilización requiere ventilación mecánica. [Para información adicional consulte boletín recogido en la web del ISMP-España www.ismp-espana.org].					
124	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 si se violan intencionadamente las mismas.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
125	Los representantes de la industria farmacéutica tienen prohibido distribuir muestras de medicamentos en las áreas asistenciales, incluyendo urgencias, unidades de cirugía ambulatoria y radiología. (Si se utilizan muestras en el hospital, estas tienen que ser distribuidas por el servicio de farmacia a través de los procedimientos habituales de dispensación).					
126	Las primeras dosis de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO no se pueden retirar de los botiquines de la unidad o de los SAD hasta que un farmacéutico valida la prescripción del paciente para su seguridad. <i>Excepciones:</i> situaciones de emergencia en que la situación clínica del paciente lo justifica y períodos en los que no hay presencia física del farmacéutico en el centro					
127	Si se utilizan SAD conectados a prescripción electrónica, se revisan periódicamente las retiradas excepcionales sin validación farmacéutica que se realizan (p. ej. tipo de medicación retirada, hora del día, día de la semana, unidad) y se toman medidas para reducir las retiradas inapropiadas (p. ej. ajustar el stock, actividades formativas). <i>Elegir “No aplicable” si el centro no utiliza SAD.</i>					
128a	Al menos hay un farmacéutico de presencia física en el centro las 24 horas del día, 7 días a la semana.					
128b	○ Al menos hay un farmacéutico disponible, aunque no esté físicamente presente en el centro, para validar las prescripciones médicas y para resolver consultas antes de que se administre la medicación al paciente, <u>y se ha habilitado un protocolo de urgencia para cuando la farmacia está cerrada que restringe el acceso</u> a personal adecuadamente formado.					
128c	○ Al menos hay un farmacéutico disponible, aunque no esté físicamente presente en el centro, para resolver incidencias, <u>y se ha habilitado un protocolo de urgencia para cuando la farmacia está cerrada que restringe el acceso</u> a personal adecuadamente formado.					
129	Un farmacéutico o un técnico de farmacia revisan regularmente los botiquines de las distintas unidades para asegurar que no tienen medicamentos no autorizados <u>y que</u> los medicamentos autorizados están disponibles en las cantidades definidas.					
130	Un farmacéutico o un técnico 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> .					
131	Se dispone de sistemas electrónicos conectados a los frigoríficos que almacenan medicamentos termolábiles que registran los cambios de temperatura y proporcionan información inmediata a los profesionales sanitarios, y se dispone de procedimientos escritos sobre cómo actuar ante cualquier rotura en la cadena de frío.					

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.

ÍTEMES DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
132	Los productos químicos utilizados en el servicio de farmacia para farmacotecnia se revisan periódicamente y aquellos que no se utilizan normalmente o se consideran peligrosos se eliminan.					
133	Los productos químicos utilizados en el servicio de farmacia para farmacotecnia están etiquetados con su composición, fecha de apertura y fecha de caducidad (o una fecha establecida según la normativa vigente, si no se dispone de fecha de caducidad del fabricante) y cumplen con la normativa de seguridad vigente sobre manipulación de sustancias peligrosas.					
134	Todos los conservantes o fijadores de tejidos, reactivos de diagnóstico, 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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
135	Como mínimo, gestores de riesgos, farmacéuticos y enfermeras participan activamente en todas las decisiones de compra de los DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.					
136	Se analiza el riesgo potencial de error de los DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS que se van a adquirir, antes de tomar una decisión de compra y/o utilizar el dispositivo.					
137	Los profesionales sanitarios reciben formación sobre los sistemas de administración de los medicamentos (p. ej. bombas de infusión, equipos automáticos de preparación), así como sobre los protocolos/directrices asociados, <u>y además se evalúa su competencia</u> antes de permitirles manejar estos dispositivos.					
138	Se etiquetan claramente los extremos distales de todas las sondas, catéteres y líneas de infusión insertadas en los pacientes que están recibiendo diversas soluciones por diferentes vías de administración (tales como sondas para instilación vesical, vías venosas periféricas, vías venosas centrales, vías arteriales, catéteres epidurales, sondas para administración enteral, etc.).					
139	Se han establecido unos criterios que determinan cuándo se deben utilizar las bombas de infusión (en qué pacientes, para qué medicamentos y las velocidades de infusión para administrar los medicamentos mediante bomba).					
140	Los modelos de bombas de infusión de uso general y de jeringa disponibles en el hospital se limitan a uno o dos de cada tipo, para maximizar la competencia en su manejo.					
141	Solamente se utiliza un tipo de bomba de infusión epidural y es diferente del resto de dispositivos de infusión utilizados en el centro. Elegir "No aplicable" si no se administran medicamentos por vía epidural.					NO APLICABLE
142	Los equipos de administración de las bombas de infusión epidural son específicos para esta vía, no tienen ningún puerto de acceso intravenoso y se distinguen de cualquier otro equipo de infusión (p. ej. con una raya amarilla a lo largo de la línea). Elegir "No aplicable" si no se administran medicamentos por vía epidural.					NO APLICABLE
143	Los modelos de bombas de administración enteral utilizados en el hospital se limitan a uno o dos (adultos y pediatría/neonatología) y son diferentes del resto de dispositivos de infusión utilizados en el centro.					
144	Las sondas de alimentación enteral tienen puertos que solo conectan con las jeringas orales y conectores para catéter (no tienen conectores <i>Luer hembra</i>).					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
145	Se utilizan jeringas diseñadas específicamente para la administración oral o enteral, que <u>no se pueden</u> conectar a los sistemas de administración intravenosa, para dispensar y administrar los medicamentos líquidos orales que no están disponibles en DOSIS UNITARIAS.					
146	Todos los equipos de administración utilizados con las bombas de infusión tienen sistemas de protección de flujo libre integrados, para prevenir la administración involuntaria de soluciones, cuando el sistema de administración intravenosa o el casete se extraen de la bomba.					
147	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).					
148	Cuando se sustituye el envase o se modifica la velocidad de administración de determinados MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO seleccionados y soluciones inyectables para pediatría o neonatología, un profesional sanitario realiza la operación y un segundo profesional sanitario y/o una tecnología electrónica (p. ej. BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES con control de dosis, código de barras) de manera <u>independiente</u> verifican, antes de comenzar la infusión, si es correcto el paciente, la medicación, la concentración, la velocidad de infusión y el canal de selección (para bombas de canales múltiples), así como que se haya seleccionado correctamente la línea de conexión.					
149	No se administran bolos correspondientes a dosis de carga intravenosas mediante las soluciones de mantenimiento, esto es, las dosis de carga se preparan y administran de forma separada. <i>Excepción:</i> si se administran mediante una BOMBA DE INFUSIÓN INTELIGENTE que permita activar bolos controlados dentro de una perfusión determinada. <i>PMF – Ver página 52</i>					
150	Se utilizan BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES volumétricas y de jeringa para administrar al menos los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO en todas las áreas del hospital, con todas las funcionalidades de seguridad activadas, para interceptar y evitar errores de dosis o de velocidad de infusión, ocasionados por errores en la programación de la bomba, en los cálculos, o por prescribirse dosis o velocidades incorrectas.					
151	Un equipo interdisciplinar, que incluye farmacéuticos, personal de enfermería y médicos que utilizan las BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES, elabora, valida y revisa la biblioteca de medicamentos.					
152	La biblioteca de medicamentos de las BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES se actualiza al menos trimestralmente por medio de tecnología inalámbrica.					
153	Se realiza un seguimiento del porcentaje de infusiones de medicamentos que se administran con BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES utilizando el software de seguridad completo (p. ej. biblioteca de medicamentos y software de comprobación de dosis) y los datos se utilizan para aumentar la adherencia a la biblioteca de medicamentos.					
154	Un equipo interdisciplinar, que incluye farmacéuticos, personal de enfermería y médicos, revisa los límites relativos y absolutos de dosis y volumen que se han vulnerado utilizando las BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES, y los resultados se usan para adaptar los límites establecidos, cuando sea necesario, y para reducir el número de alertas clínicamente significativas ignoradas.					

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.

ÍTEM DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
155	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, las habitaciones de los pacientes y los SAD.					
156	Los lugares de trabajo donde se preparan los medicamentos, tanto en el servicio de farmacia como en las unidades asistenciales, están bien ordenados.					
157	El servicio de farmacia y las salas de medicación de las unidades asistenciales disponen de un espacio suficiente para el almacenamiento de los medicamentos, soluciones intravenosas y otros productos relacionados.					
158	Los frigoríficos para medicamentos de las unidades asistenciales tienen la capacidad necesaria para permitir que las mezclas que requieren refrigeración se almacenen en ellos de forma organizada.					
159	Las zonas donde se prepara la medicación intravenosa , tanto en el servicio de farmacia como en las unidades asistenciales, están relativamente aisladas para evitar distracciones, interrupciones y ruidos.					
160	Todas las llamadas telefónicas dirigidas al área de preparación de la medicación intravenosa del servicio de farmacia se filtran y solo se pasan a dicha área cuando es necesario.					
161	Las áreas donde las prescripciones médicas se transcriben y/o revisan en el sistema informático están aisladas y relativamente libres de distracciones y ruidos.					
162	Las enfermeras seleccionan la medicación a administrar en las salas de medicación, en los SAD o en otras áreas, en un entorno libre de distracciones, interrupciones y ruidos.					
163	Los profesionales sanitarios (enfermeras, médicos, farmacéuticos) no preparan la medicación para más de un paciente a la vez. <i>Excepción:</i> preparación de lotes en farmacia.					
164	<p>Cuando se planifica la construcción o renovación de un área donde se vayan a prescribir, dispensar, almacenar o administrar medicamentos, un grupo interdisciplinar de profesionales sanitarios implicados en el uso de los medicamentos participa en las decisiones sobre el diseño del área.</p> <p>Elegir “No aplicable” si el centro no ha realizado ninguna construcción o renovación en los últimos 3 años.</p>					
NO APLICABLE						

Criterio esencial # 13:

La dotación de personal sanitario cualificado y suficientemente descansado se adecúa a la carga de trabajo asistencial, sin comprometer la seguridad del paciente.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
165	Los médicos y farmacéuticos, residentes y de plantilla, no trabajan más de 12 horas consecutivas de trabajo regular o 24 horas en caso de jornadas de guardia, con descansos planificados y tiempo de reposo disponible. <i>Excepción:</i> situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
166	Los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de medicamentos (excepto los referidos en el párrafo anterior) no trabajan más de 12 horas consecutivas. <i>Excepción:</i> situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
167	Los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de medicamentos tienen al menos 10 horas de descanso entre turnos trabajados. <i>Excepción:</i> situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
168	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. <i>Excepción:</i> situaciones de emergencia aisladas fuera de las actividades habituales.					
169	Se ha establecido un plan eficaz de cobertura para los días en que la plantilla está reducida por enfermedad, vacaciones, ausencias por formación y fluctuaciones en la carga de trabajo.					
170	El personal de farmacia considera que la dotación de su servicio es adecuada para proporcionar una atención farmacéutica segura, salvo en situaciones excepcionales.					
171	El personal de enfermería considera que la dotación de personal en sus unidades es adecuada para proporcionar una atención segura a los pacientes, salvo en situaciones excepcionales.					
172	El servicio de farmacia tiene una dotación suficiente de personal formado, con horario programado específico, para cubrir las necesidades de la tecnología relacionada con los medicamentos utilizada en el centro (p.ej. SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, SAD, BOMBAS DE INFUSIÓN INTELIGENTES, etc.).					
173	El hospital tiene una dotación suficiente de informáticos o un contrato de mantenimiento externo, con profesionales que conocen las aplicaciones utilizadas para la medicación, y que están disponibles para proporcionar asistencia en el desarrollo, implantación y resolución de las averías/problemas de estos sistemas.					
174	El hospital tiene una dotación suficiente de farmacéuticos cualificados para trabajar en áreas especializadas o proporcionar asistencia farmacéutica en poblaciones especiales (p.ej. cuidados intensivos, pediatría, neonatología, oncología). <i>Elegir "No aplicable" si el centro sólo proporciona servicios médicos/quirúrgicos generales.</i>					
						NO APLICABLE

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
175	El hospital tiene una dotación suficiente de personal de enfermería cualificado para trabajar en áreas especializadas (p.ej. cuidados intensivos, pediatría, neonatología, oncología).					
	<i>Elegir "No aplicable" si el centro sólo proporciona servicios médicos/quirúrgicos generales.</i>	NO APLICABLE				
176	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 <u>y se analizan y asignan los recursos</u> necesarios antes de su implantación, de forma que se pueda abordar la carga de trabajo adicional sin comprometer la seguridad del paciente.					

VIII. COMPETENCIA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL

Criterio esencial # 14:

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

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
177	El personal de enfermería nuevo completa un programa de acogida que incluye formación sobre uso seguro de medicamentos y se evalúa su competencia en prácticas seguras con la medicación y cálculo de dosis.					
178	El personal de farmacia nuevo completa un programa de acogida que incluye una evaluación inicial de su competencia <u>antes de</u> trabajar de forma autónoma en el sistema de utilización de medicamentos.					
179	Los nuevos residentes completan un programa de acogida que incluye formación sobre uso seguro de medicamentos.					
180	En los programas de acogida a los profesionales sanitarios , se exponen ejemplos ilustrativos de errores de medicación reales que hayan ocurrido en el propio hospital o en otros centros, <u>y se proporciona formación sobre prácticas seguras</u> para prevenir dichos errores.					
181	El periodo de tiempo destinado a los programas de acogida de los nuevos profesionales sanitarios se individualiza y adapta en función de la evaluación de sus necesidades.					
182	Las enfermeras y los farmacéuticos que trabajan en áreas especializadas (p. ej. cuidados intensivos, pediatría, oncología) reciben una formación exhaustiva, <u>antes de</u> trabajar de forma autónoma.					
183	Las enfermeras y los farmacéuticos no se trasladan de sus áreas de trabajo específico (ni para ayudar ocasionalmente en otras áreas) sin pasar un proceso previo de acogida y reciben una formación continuada para mantener sus aptitudes y conocimientos.					
184	Los profesionales encargados de la formación del nuevo personal tienen una carga asistencial reducida para poder cumplir adecuadamente y con rigor sus objetivos de formación.					
185	El centro proporciona una formación interprofesional sobre trabajo en equipo a todos los profesionales sanitarios que incluye aspectos de intercambio de información, comunicación y habilidades para el trabajo en equipo, definición de funciones y responsabilidades, y resolución de conflictos, para mejorar la seguridad del paciente.					
186	En los centros que proporcionan formación a estudiantes (médicos, farmacéuticos o de enfermería), los responsables de formación en seguridad se reúnen con los estudiantes y/o con los tutores al comienzo de cada periodo de rotación para revisar los procedimientos clave en la medicación y las situaciones específicas proclives a errores que pueden existir durante la rotación, la lista de medicamentos de alto riesgo del centro y las prácticas asociadas de prevención de errores. <i>Elegir "No aplicable" si el centro no proporciona formación a estudiantes de profesiones sanitarias.</i>					
		NO APLICABLE				

Criterio esencial # 15:

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

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
187	Los profesionales sanitarios reciben información sobre los nuevos medicamentos incorporados a la GFT y sobre los protocolos/guías y restricciones relacionadas con ellos, <u>antes de</u> ser utilizados en el hospital.					
188	El servicio de farmacia proporciona de manera habitual a las enfermeras información esencial sobre los medicamentos no incluidos en la GFT , <u>antes de</u> dispensarlos a las áreas asistenciales para su administración.					
189	Los gestores y líderes del hospital reciben formación sobre identificación de riesgos e implantación de estrategias efectivas de reducción de errores.					
190	Los profesionales sanitarios reciben 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.					
191	Los profesionales sanitarios están formados en los procedimientos clínicos y administrativos para responder ante un error grave de medicación.					
192	Cuando se producen errores, los esfuerzos de formación se extienden a todos aquellos profesionales que podrían cometer un error similar, en lugar de dirigirlos exclusivamente a aquellos profesionales que estuvieron involucrados en el error.					
193	Se realizan simulaciones de situaciones proclives a 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, habilidades para recabar información y resolver conflictos), con el fin de formar al personal asistencial y no asistencial sobre seguridad del paciente y uso de medicamentos.					
194	Los conceptos de FACTORES HUMANOS y los principios de reducción de errores (p. ej. estandarización, utilización de restricciones, reiteraciones en puntos críticos) se introducen durante la acogida de los profesionales sanitarios y se refuerzan en todos los programas de formación continuada con la periodicidad adecuada.					
195	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.					
196	Los farmacéuticos realizan al menos dos veces al año sesiones formativas sobre aspectos importantes de la seguridad de medicamentos para enfermeras 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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
197	Al ingresar en el hospital, 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 su nombre antes de la administración de los medicamentos u otros tratamientos.					
198	Los médicos informan rutinariamente a los pacientes o cuidadores sobre el tratamiento propuesto, <u>antes de que</u> el paciente reciba la dosis inicial de los medicamentos.					
199	Durante la administración de los medicamentos, las enfermeras informan rutinariamente a los pacientes y/o cuidadores del nombre de los medicamentos, su indicación y dosis, <u>y, antes de</u> la primera administración, también de los efectos adversos más importantes.					
200	Se anima a los pacientes a preguntar cualquier duda sobre los medicamentos que están recibiendo.					
201	Los profesionales sanitarios aclaran y resuelven por completo todas las dudas o preguntas del paciente/cuidador sobre los medicamentos que van a recibir <u>antes de</u> que se prescriban, dispensen o administren.					
202	Los médicos o los farmacéuticos programan los horarios de administración de los medicamentos que se prescriben al alta del paciente teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizan el número de tomas, especialmente para aquellos pacientes predispuestos a una falta de adherencia al tratamiento.					
203	Al alta hospitalaria, se proporciona información actualizada y <u>escrita en una lengua comprensible</u> para los pacientes sobre los medicamentos que se prescriben, <u>o se recurre</u> a un apoyo o traductor telefónico para proporcionar la información esencial oral y/o escrita sobre los medicamentos que se prescriben al alta.					
204	Al alta hospitalaria, se han establecido criterios (p. ej. medicamentos específicos de alto riesgo, grupos de pacientes de alto riesgo) que implican <u>automáticamente la educación</u> al paciente por parte de un farmacéutico.					
205	Al alta hospitalaria, se informa a los pacientes sobre los posibles errores que ocurren con los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO de la LISTA MARC y se les proporcionan los medios que les ayuden a garantizar su utilización segura en su domicilio.					
206	Se encuentra disponible información escrita sobre los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO de la LISTA MARC, para los pacientes a los que se les han prescrito estos medicamentos 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 realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
207	Se educa a los pacientes sobre la importancia de que mantengan una lista de los medicamentos que están tomando y que la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria, para mostrarla a los profesionales que les atienden.					
208	Se instruye a los pacientes sobre cuándo deben buscar asistencia médica y dónde y a quién pueden consultar cualquier duda o pregunta sobre su medicación después del alta.					
209	Cuando el servicio de farmacia dispensa medicamentos a pacientes ambulatorios, siempre que se dispensa un medicamento nuevo, un farmacéutico informa 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. <i>Elegir "No aplicable"</i> si el servicio de farmacia no dispensa medicación a pacientes ambulatorios.					
		NO APLICABLE				
210	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. <i>Elegir "No aplicable"</i> si el servicio de farmacia no dispensa medicación a pacientes ambulatorios.					
		NO APLICABLE				
211	Se encuentra disponible información escrita para los pacientes ambulatorios que tienen prescritos MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO de la LISTA MARC 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. <i>Elegir "No aplicable"</i> si el servicio de farmacia no dispensa medicación a pacientes ambulatorios.					
		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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
212	La seguridad del paciente está incluida dentro de la misión y/o visión de la institución.					
213	Los gestores y líderes del hospital han recibido formación oficial sobre cómo establecer y mantener una cultura de seguridad justa.					
214	El equipo directivo demuestra activamente su compromiso con la seguridad del paciente y con las prácticas seguras de la medicación, aprobando <u>un plan de seguridad</u> , 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 52</i>					
215	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 que se reconocen positivamente cuando se cumplen. <i>PMF – Ver página 52</i>					
216	Hay uno o más 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.					
217	Miembros del equipo directivo participan en visitas frecuentes y estructuradas (p. ej. WALKROUNDS®) a las unidades asistenciales, al servicio de farmacia y a otras áreas, para hablar directamente con los profesionales sanitarios sobre temas de seguridad y calidad, conocer de primera mano los retos que afrontan día a día, así como para mostrar su compromiso con los profesionales y con la notificación de errores.					
218	Los mandos intermedios reciben formación oficial sobre cómo evaluar eficazmente la competencia y la actuación de los profesionales sanitarios, supervisar y orientar sus habilidades clínicas, y manejar situaciones conflictivas de conducta, sin permitir que la presencia o ausencia de errores influya en la evaluación.					
219	Las descripciones de los puestos de trabajo de los profesionales sanitarios y las evaluaciones del rendimiento incluyen estándares específicos sobre seguridad del paciente y de la medicación (p. ej. cambiar prácticas para mejorar la seguridad, mejorar el trabajo en equipo, estar al día en publicaciones sobre seguridad, etc.).					
220	Se dispone de un procedimiento normalizado para actuar cuando los profesionales sanitarios se ven implicados en un error humano, independientemente de la gravedad del daño resultante.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
221	Los profesionales sanitarios notifican y debaten abiertamente sobre los errores sin excesivos reparos o temor a represalias de la institución. <i>Nota: si es posible, elegir la puntuación basándose en las encuestas anónimas de personal que se indican en el ítem 227.</i>					
222	Las estrategias para la prevención de errores se centran en mejoras del sistema que reduzcan los errores y no en sancionar a los profesionales sanitarios.					
223	La dirección del hospital motiva a los profesionales para que comuniquen los errores.					
224	Las tasas de error <u>no</u> se calculan a partir de las notificaciones de errores de los profesionales sanitarios, <u>ni se</u> utilizan para efectuar comparaciones internas (entre unidades) o externas (entre hospitales). <i>PMF – Ver página 52</i>					
225	<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.					
226	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).					
227	Periódicamente se realizan encuestas anónimas a grupos de profesionales sanitarios seleccionados, para determinar su nivel de ansiedad y temor a cometer y notificar errores.					
228	El equipo directivo trata de evitar comportamientos intimidatorios e interviene eficazmente para facilitar 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 # 18:

Se fomenta la detección y notificación de errores por 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.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
229	Se ha constituido un equipo multidisciplinar con unas responsabilidades definidas de diseño, gestión y mantenimiento de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos del hospital. Este equipo puede estar integrado en la Comisión de Farmacia y Terapéutica o en otro comité, e incluye farmacéuticos, médicos, enfermeras, profesionales de gestión de riesgo/mejora de calidad y representantes de la dirección del hospital.					
230	Se han establecido y difundido entre los profesionales sanitarios una definición clara y ejemplos de errores de medicación y situaciones de riesgo que se deben notificar.					
231	Los incidentes que los profesionales notifican comprenden tanto situaciones de riesgo que <u>podrían conducir</u> a un error como errores reales, incluyendo aquellos que se detectan y corrigen <u>antes de que lleguen</u> al paciente.					
232	Un equipo multidisciplinar encargado de la gestión de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos realiza un análisis exhaustivo de los errores de medicación graves y potencialmente graves (p. ej. un ANÁLISIS DE CAUSAS RAÍZ), junto con profesionales sanitarios implicados en dichos errores, y recomienda mejoras en el sistema para evitar que vuelvan a suceder errores similares.					
233	Un equipo multidisciplinar encargado de la gestión de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos 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 implantar mejoras</u> que hagan difícil o imposible que sucedan los errores.					
234	Se adoptan medidas de reducción de riesgos en los procedimientos de trabajo, en respuesta a aquellas situaciones de riesgo y errores que han alcanzado al paciente pero que no han causado daños.					
235	Los errores de prescripción que detectan los farmacéuticos y enfermeras se registran y analizan, y se utilizan en combinación con otras actividades de mejora de la calidad para rediseñar el sistema (p. ej. establecimiento de protocolos, estandarización de la prescripción, información a los prescriptores, etc.). <i>PMF – Ver página 52</i>					
236	Los errores de dispensación, preparación y etiquetado que se detectan durante los procedimientos rutinarios de verificación se registran y analizan, para identificar fallos en el sistema y se desarrollan estrategias de prevención.					
237	Además de los programas de notificación voluntaria, se incorporan en los sistemas informáticos señales alertantes de medicamentos específicos (p. ej. antídotos) y pruebas de laboratorio (p. ej. INR elevado) para incrementar la detección de eventos adversos por medicamentos.					

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
238	Se informa con regularidad a los profesionales sanitarios sobre los errores y situaciones de riesgo notificadas, así como sobre las estrategias de reducción de errores que se han implantado en la institución.					
239	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.					
240	Un equipo multidisciplinar se reúne con regularidad para analizar las experiencias de errores publicados por otras instituciones y aprovecharse de dicha información para establecer <u>con antelación</u> mejoras en el sistema de utilización de los medicamentos.					
241	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 <u>y para implantarlas</u> .					
242	El sistema completo de utilización de medicamentos se analiza cada 2-3 años 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).					
243	Se han diseñado e implantado métodos objetivos y cuantitativos para medir la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos (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), <u>y para evaluar el resultado y demostrar las mejoras</u> obtenidas tras la implantación de prácticas de reducción de errores.					
244	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.					

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 a los pacientes.

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
245	Las prescripciones para pacientes pediátricos (por debajo de 40 kg) incluyen la dosis en mg/kg (u otra unidad apropiada) junto con la DOSIS ESPECÍFICA DEL PACIENTE, en aquellos medicamentos para los que se han publicado pautas de dosificación pediátricas en mg/kg (u otra unidad apropiada). <i>Elegir "No aplicable" si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.</i>					
		NO APLICABLE				
246	En aquellas prescripciones pediátricas que indican la dosis en mg/kg (u otra unidad apropiada), un farmacéutico verifica que la DOSIS ESPECÍFICA DEL PACIENTE calculada por el médico es correcta y registra (p. ej. con sus iniciales o electrónicamente) la realización de este DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE, antes de preparar y dispensar la medicación. <i>Elegir "No aplicable" si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.</i>					
		NO APLICABLE				
247	Las enfermeras confirman (en la hoja de registro de administración de medicamentos manual o electrónica) la realización de un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE de la DOSIS ESPECÍFICA DEL PACIENTE calculada por el médico en las prescripciones pediátricas, antes de su administración. <i>Elegir "No aplicable" si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.</i>					
		NO APLICABLE				
248	Se realiza un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE de los medicamentos, dosis, diluyentes y volúmenes utilizados para preparar las mezclas parenterales pediátricas/neonatales (p. ej. por un farmacéutico o una enfermera, incluso si inicialmente han sido preparadas por un farmacéutico) y se confirman (p. ej. con las iniciales) antes de dispensar/administrar los productos. <i>Elegir "No aplicable" si no se atienden pacientes pediátricos, incluyendo en el área de urgencias.</i>					
		NO APLICABLE				
249	Los médicos incluyen la dosis en mg/m ² (o por peso o por área bajo la curva, según proceda) junto con la DOSIS ESPECÍFICA DEL PACIENTE, en todas las prescripciones de antineoplásicos . <i>Elegir "No aplicable" si no se proporciona tratamiento antineoplásico.</i>					
		NO APLICABLE				
250	Un farmacéutico verifica que la forma de calcular la dosis (mg/m ² , por peso o por área bajo la curva, según proceda) de las prescripciones de antineoplásicos es correcta según el protocolo, comprueba que la DOSIS ESPECÍFICA DEL PACIENTE calculada por el médico es correcta y registra (p. ej. con sus iniciales o electrónicamente) la realización de este DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE, antes de preparar y dispensar la medicación. <i>Elegir "No aplicable" si no se proporciona tratamiento antineoplásico.</i>					
		NO APLICABLE				
251	Las enfermeras confirman (en la hoja de registro de administración de medicamentos manual o electrónica) la realización de un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE de la DOSIS ESPECÍFICA DEL PACIENTE de antineoplásicos calculada por el médico, antes de administrar la medicación. <i>Elegir "No aplicable" si no se proporciona tratamiento antineoplásico.</i>					
		NO APLICABLE				

- A = No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este ítem
 B = Se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
 C = Parcialmente implantado en algunas o todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 D = Completamente implantado en algunas áreas, pacientes, medicamentos o profesionales
 E = Completamente implantado en todas las áreas, pacientes, medicamentos o profesionales

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
252	Se realiza un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE de los medicamentos, dosis, diluyentes y volúmenes utilizados para preparar las mezclas parenterales o las soluciones orales de antineoplásicos (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. <i>Elegir “No aplicable” si no se proporciona tratamiento antineoplásico.</i>					
		NO APLICABLE				
253a	En hospitales <u>con</u> sistemas automatizados de elaboración de mezclas intravenosas: se utilizan LECTORES DE CÓDIGOS u otros sistemas, para verificar todas las soluciones base y componentes utilizados en la elaboración automatizada de las mezclas intravenosas. O					
253b	En hospitales <u>sin</u> sistemas automatizados de elaboración de mezclas intravenosas <u>o sin</u> lectores de códigos de las mezclas elaboradas de forma automatizada: dos personas, verifican y confirman todas las soluciones base y componentes utilizados en la elaboración de las mezclas intravenosas. <i>Elegir “No aplicable” si no se preparan mezclas intravenosas complejas.</i>					
		NO APLICABLE				
254a	En hospitales <u>sin</u> SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: un farmacéutico introduce la prescripción médica en el sistema informático de farmacia, y los medicamentos se preparan utilizando el listado generado por el ordenador que se compara con una copia de la prescripción, antes de que se dispensen. O					
254b	En hospitales <u>con</u> SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: un farmacéutico revisa la prescripción en el ordenador antes de generar el listado que se va a utilizar para dispensar la medicación prescrita.					
255	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).					
256	Se realiza un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE de los medicamentos reenvasados en DOSIS UNITARIAS por otro profesional sanitario diferente al que ha efectuado el reenvasado y se confirma (p. ej. con las iniciales) antes de almacenar o dispensar los productos.					
257	Cuando se retiran del botiquín de la unidad o de los SAD determinados MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (establecidos por el hospital), se realiza un DOBLE CHEQUEO INDEPENDIENTE del medicamento y la dosis por otro profesional sanitario antes de su administración.					
258	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.					
259	Si se utiliza un LECTOR DE CÓDIGOS para la administración, un equipo interdisciplinar revisa periódicamente los registros del sistema, incluyendo la tasa de adherencia y las alertas ignoradas, y el porcentaje de medicamentos con código de barras legible, y analiza cualquier barrera relacionada con el uso de esta tecnología, para aumentar al máximo su utilización correcta. <i>Elegir “No aplicable” si no se utiliza lector de códigos en la administración.</i>					
		NO APLICABLE				

Criterio esencial # 20:

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

ÍTEMS DE EVALUACIÓN		A	B	C	D	E
260	Las mezclas intravenosas se preparan en <u>todas las áreas</u> siguiendo la “ <i>Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria</i> ” del Ministerio de Sanidad y/o los estándares del capítulo 797 de la <i>United States Pharmacopeia</i> de preparaciones estériles.					
261	Se dispone de un procedimiento para el control microbiológico ambiental de las cabinas de flujo laminar y salas blancas (o salas limpias) donde se preparan medicamentos estériles que contempla un plan de actuación en caso de que se excedan los límites de contaminación recomendados.					
262	Los profesionales sanitarios en todo el hospital realizan un procedimiento adecuado de higiene de manos antes de la preparación de cualquier producto inyectable (p. ej. intramuscular, intravenoso, subcutáneo, mezclas intravenosas).					
263	En las unidades clínicas los viales multidosis no se utilizan para más de un paciente (p. ej. viales de insulina).					
264	Las plumas multidosis (p.ej. plumas de insulina) se etiquetan individualmente para cada paciente y nunca se utilizan para más de un paciente, incluso si la aguja se cambia entre un paciente y otro.					
265	Los colirios y pomadas oftálmicas no se utilizan para más de un paciente.					

Anexo 1. Definiciones

Las siguientes definiciones utilizadas en el *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales* aparecen en el texto del mismo en mayúsculas.

Abreviaturas proclives a errores

Abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados utilizados en las prescripciones médicas o en cualquier otra información sobre la medicación, incluyendo prescripciones preimpresas, hojas de registro de administración de enfermería, etiquetas de medicación y formatos electrónicos, para indicar el medicamento (p. ej. acrónimos de esquemas de quimioterapia, etc.) o para expresar la dosis (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.), 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).

Análisis de causas raíz

Es un método de análisis retrospectivo que se utiliza para analizar de forma exhaustiva y centrada en el sistema los eventos centinela o los errores de medicación graves y potencialmente graves. 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.

Bombas de infusión inteligentes

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, si se han programado para cada medicamento las concentraciones estándar y los límites máximos y mínimos de dosis en la biblioteca de la bomba.

Conciliar 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. *Para información adicional consulte boletín recogido en la página web del ISMP-España www.ismp-espana.org*

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 dos profesionales sanitarios, comprueban/verifican cada componente de un proceso. El aspecto más importante es mantener la independencia del doble chequeo, ya que disminuiría la probabilidad de detectar un error. Por ejemplo, es más probable detectar un error de cálculo de una dosis de un medicamento para un paciente si la segunda persona realiza todos los cálculos independientemente, sin ver o conocer los cálculos realizados por la primera, y después compara los resultados.

Dosis individualizadas o específicas por paciente

Una dosis específica de un medicamento lista para ser administrada al paciente que se corresponde exactamente con la dosis calculada que ha sido prescrita por el médico. Esta dosis puede o no puede corresponderse con la dosis unitaria elaborada por el fabricante (Véase **dosis unitaria**).

Dosis máxima

Límite superior de dosis que se encuentra descrito 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 la indicación.

Dosis unitaria

Un envase único que contiene una dosis de un medicamento para un paciente (p. ej. un envase con un comprimido, un vial para dosis única de un medicamento parenteral o un envase que contiene 5 mL de una medicación oral líquida) (Véase **dosis individualizadas por paciente**).

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 estos 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 disponer inmediatamente de los 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).

Letras mayúsculas resaltadas

Práctica propuesta por distintos organismos para prevenir errores por similitud en los nombres de los medicamentos. Consiste en utilizar letras mayúsculas (TALL man letters) u otros elementos tipográficos para resaltar las secciones de los nombres que son distintas, con el fin de acentuar sus diferencias y modificar su apariencia en los lugares en que se visualizan: pantallas informáticas de prescripción electrónica y de dispensación, etiquetados de las estanterías de almacenamiento y de preparaciones, etc. (p. ej. DOPamina/DOBUTamina). En la página web del ISMP-España www.ismp-espana.org se puede encontrar el listado de referencia de letras mayúsculas resaltadas para España.

Lista MARC

Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para pacientes Crónicos desarrollada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con el ISMP, en los que se debe priorizar la implantación de prácticas de prevención de errores efectivas. Ejemplos son: antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes orales, antiinflamatorios no esteroideos, benzodiazepinas, inmunosupresores, insulinas y opioides. Para información adicional consulte la página web del ISMP-España www.ismp-espana.org (Véase **medicamentos de alto riesgo**).

Medicamentos de alto riesgo

Medicamentos con un alto riesgo de causar eventos adversos graves cuando se utilizan erróneamente. Aunque los errores pueden no ser más frecuentes con estos medicamentos, las consecuencias de estos, en el caso de que ocurran, son claramente más perjudiciales para los pacientes. Ejemplos son insulina, citostáticos, concentrados de electrolitos, opioides, bloqueantes neuromusculares, etc. En la página web del ISMP-España www.ismp-espana.org se puede encontrar la lista de medicamentos de alto riesgo en hospitales y la lista MARC de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos.

Nemónico

Número limitado de letras y números que se usan para referirse a una medicación específica (p. ej. AAS100 para referirse a ácido acetilsalicílico 100 mg comprimidos).

Sedación moderada

Estado inducido de sedación caracterizado por una depresión mínima de la consciencia que permite 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.

Sistema de prescripción electrónica

A efectos del cuestionario, se refiere a cualquier sistema informático en el que se introduzcan prescripciones médicas, lo que incluye los sistemas informáticos de farmacia, en los que los farmacéuticos introducen o validan las prescripciones médicas, y los sistemas de prescripción electrónica asistida en los que los médicos introducen las prescripciones médicas.

WalkRounds®

Procedimiento establecido mediante el cual un grupo 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 eventos adversos o errores que han sucedido y sobre los factores o fallos del sistema que han contribuido a que estos 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 ortográficamente 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, y cuando se efectúa el seguimiento de sus efectos.
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, y cuando se efectúa el seguimiento de sus efectos.
3. Se ha establecido un sistema controlado 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 medicamentos están correctamente acondicionados, en envases 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 están 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 y controladas.
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.
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 que ofrece 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 dotación de personal sanitario cualificado y suficientemente descansado se adecúa a la carga de trabajo asistencial, sin comprometer la seguridad del paciente.
14. Los profesionales sanitarios reciben una formación inicial suficiente sobre seguridad en el uso de los medicamentos y están sujetos a una evaluación inicial y a otra anual de su competencia sobre conocimientos y aptitudes sobre prácticas seguras con la medicación.
15. Los profesionales sanitarios implicados en la utilización de los medicamentos reciben formación continuada sobre prevención de errores de medicación y sobre uso seguro 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 por 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 a los pacientes.
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 recogen las preguntas que pueden surgir con más frecuencia sobre ítems específicos del **Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales** y aclaraciones sobre las mismas. El número de las preguntas se corresponde con el número del ítem al que hacen referencia.

2. ¿Qué significa “se encuentra accesible informáticamente para el farmacéutico en el momento de la validación”?

Las comorbilidades del paciente deben estar accesibles en el sistema informático que los farmacéuticos utilizan para validar las prescripciones médicas. Si la información está disponible en un sistema independiente al que hay que acceder separadamente, la respuesta no puede exceder la categoría C.

9. ¿Qué se entiende por pacientes ambulatorios?

A efectos del cuestionario se ha utilizado el término de pacientes ambulatorios para incluir tanto a los pacientes ambulatorios que no generan estancias, pero a los cuales se les administra la medicación en el hospital (pacientes de hemodiálisis, radiología, hemodinámica, urgencias, hospital de día, etc.), como a los pacientes externos a los que se dispensan directamente los medicamentos en el Servicio de Farmacia sin que le sean administrados en el hospital.

11. ¿Qué significa “verifica que la información sobre las alergias es correcta”?

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, un 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.

14. ¿Qué debo responder si la información sobre alergias de ingresos previos se transfiere automáticamente al perfil del paciente y no se verifica 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 que se procese la primera prescripción médica.

44. ¿Qué significa “todas las prescripciones se revisan por un farmacéutico”?

El objetivo de esta pregunta es conocer si todas las prescripciones médicas 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 cardíaca. Para este proceso el farmacéutico debe considerar la situación clínica (función renal, hepática, etc) y la medicación del paciente, para comprobar la idoneidad del medicamento y dosis, alergias, interacciones y contraindicaciones.

46 y 47. ¿Cómo se entiende que el farmacéutico trabaje con regularidad en las unidades de hospitalización o de asistencia a pacientes ambulatorios?

Se entiende que el farmacéutico trabaje con regularidad (p. ej. como mínimo un turno de 8 h) integrado en el equipo asistencial desempeñando actividades clínicas, tales como revisar las historias de los pacientes y las prescripciones médicas, participar en los casos de visita multidisciplinarios, proporcionar asistencia en la selección y administración de los medicamentos, educar a los pacientes y efectuar un seguimiento de los efectos del tratamiento en los pacientes.

51. ¿Qué significa en este ítem “capacidad del hospital para efectuar un seguimiento apropiado”?

Se refiere a la capacidad de la institución para monitorizar las posibles reacciones adversas 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 dichas reacciones.

55. ¿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.

99. ¿Cuál sería un ejemplo de “elemento visual”?

Los elementos visuales para distinguir las diferentes concentraciones de una infusión de alto riesgo pueden consistir en la utilización de etiquetas de diferentes colores, en la utilización de etiquetas adicionales para la infusión concentrada o en la incorporación de alertas en la prescripción para que se verifique la concentración seleccionada.

101. ¿Por qué no se deben utilizar jeringas si el medicamento precisa dilución?

Los medicamentos que precisan ser diluidos antes de ser administrados no se deben acondicionar en jeringas, ya que las jeringas posibilitan su administración intravenosa directa.

105. ¿Cuál sería un ejemplo de “márgenes de tiempo de administración”?

Toda la medicación programada de una unidad asistencial no se puede administrar a la vez, por ejemplo a las 8:00 horas, pero se debe hacer dentro de un margen o intervalo de tiempo que se considere adecuado. Este margen de tiempo debe estar definido en el centro y se debe velar por su cumplimiento. Por ejemplo si el centro establece como adecuado un intervalo de 60 minutos antes y después del horario programado, y la hora estandarizada es las 8:00, se consideraría correcta la administración realizada entre las 7:00 y las 9:00 horas.

109 y 110. ¿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 dosis. Los tiempos de dispensación se adecuarán a los siguientes requerimientos: a) medicación de emergencia: la primera dosis se administra 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 para el paciente; b) medicación de urgencia: la primera dosis se administra lo antes posible, dentro de un plazo preestablecido, antes de la siguiente hora programada (p. ej. si para una frecuencia de cada 24 horas que habitualmente se programa a las 8:00 horas se establece un plazo de 4 horas, ante una prescripción urgente realizada a las 12:00 horas, 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. si las horas establecidas para una frecuencia de cada 8 horas son 8:00, 16:00 y 24:00 horas, cuando se prescribe una medicación de rutina a las 17:00 horas, la primera dosis se tiene que administrar a las 24:00 horas).

149. ¿Qué significa que no se administren “dosis de carga IV mediante soluciones de mantenimiento”?

Cuando se tenga que administrar una dosis de choque intravenosas de un medicamento seguida de una infusión intravenosa continua, ambas dosis se deben preparar de forma separada y administrar independientemente. Solo se podrá utilizar la misma solución si se dispone de bombas de infusión inteligentes que permitan activar bolos controlados dentro de una infusión determinada, con diferentes límites de dosificación.

214 y 215. ¿Qué se entiende por compromiso del equipo directivo e inclusión de objetivos de seguridad de medicamentos en los planes estratégicos del hospital?

Estos ítems 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 y, en concreto, por el uso seguro de los medicamentos. 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 ítems deben ser sinceras y se deben consensuar con los otros miembros del equipo evaluador.

224. ¿Qué se entiende por calcular y comparar “tasas de error”?

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

235. ¿Qué se entiende por “rediseñar” el sistema?

Se refiere al rediseño de los procesos, procedimientos, equipos, estructuras y condiciones en las que trabajan los profesionales sanitarios, con el fin de cumplir los requisitos básicos de seguridad.

Anexo 5. Correspondencia entre la versión II (2018) del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales y la versión I (2007)

I. Versión española II (2018) comparada con la versión I (2007)

2018	2007	2018	2007	2018	2007
1	4	46	38	91	83
2	13	47	39	92	84
3	1.1, 1.2, 2.1,	48	43	93	85
4	2.2, 3.1, 3.2	49	44	94	Nueva
5	Nueva	50	45	95	Nueva
6	Nueva	51	46	96	86.1
7	28	52	47	97	86.2
8	Nueva	53	48	98	Nueva
9	29	54	49	99	Nueva
10	9	55	51	100	87
11	5	56	99	101	88
12	6	57	53	102	Nueva
13	7	58	Nueva	103	Nueva
14	10	59	Nueva	104	89
15	Nueva	60	Nueva	105	90
16	11	61	Nueva	106	92
17	Nueva	62	Nueva	107	Nueva
18	16	63	57	108	Nueva
19	17	64	66	109	96
20	18	65	Nueva	110	97
21	19	66	58	111	Nueva
22	20	67	Nueva	112	93
23	21	68	60	113	95
24	22	69	59	114	Nueva
25	23	70	54	115	Nueva
26	Nueva	71	55	116	100
27	Nueva	72	56	117	101
28	Nueva	73	61	118	102
29	Nueva	74	62	119	103
30	25.1	75	63	120	110
31	25.2	76	67	121	Nueva
32	26	77	68	122	Nueva
33	27	78	69	123	111
34	Nueva	79	71	124	107
35	30	80	73	125	108 y 109
36	31	81	Nueva	126	106
37	Nueva	82	75	127	Nueva
38	32	83	76	128	112
39	35	84	82	129	113
40	40	85	77	130	114
41	41	86	80	131	Nueva
42	226	87	Nueva	132	115
43	42	88	81	133	116
44	36	89	78	134	119
45	37	90	79	135	120

2018	2007
136	121
137	132
138	122
139	131
140	125 y 126
141	Nueva
142	Nueva
143	Nueva
144	Nueva
145	124
146	130
147	129
148	123
149	Nueva
150	128
151	Nueva
152	Nueva
153	Nueva
154	Nueva
155	133
156	134
157	135
158	139
159	136
160	137
161	138
162	140
163	141
164	Nueva
165	142.1
166	142.2
167	143
168	144
169	145
170	146
171	147
172	Nueva
173	Nueva
174	Nueva
175	Nueva
176	148
177	149
178	150
179	Nueva

2018	2007
180	151
181	158
182	155
183	156
184	157
185	Nueva
186	Nueva
187	161
188	162
189	Nueva
190	163
191	167
192	168
193	164
194	165
195	166
196	169
197	170
198	171
199	172
200	174
201	175
202	177
203	173
204	176
205	179
206	180
207	Nueva
208	178
209	181
210	182
211	183
212	184
213	Nueva
214	196
215	197
216	198
217	194
218	199
219	159
220	Nueva
221	186
222	185
223	191

2018	2007
224	190
225	187
226	195
227	193
228	214
229	Nueva
230	200
231	201
232	205
233	204
234	206
235	210
236	Nueva
237	209
238	213
239	202
240	207
241	208
242	203
243	211
244	212
245	215.1
246	216.1
247	217.1
248	218.1
249	215.2
250	216.2
251	217.2
252	218.2
253	219
254	222
255	224
256	220
257	223
258	225
259	Nueva
260	Nueva
261	Nueva
262	230
263	231
264	Nueva
265	232

II. Versión española I (2007) comparada con la versión II (2018)

2007	2018	2007	2018	2007	2018
1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2	3 y 4	47	52	92	106
4	1	48	53	93	112
5	11	49	54	94	Eliminada
6	12	50	Eliminada	95	113
7	13	51	55	96	109
8	Eliminada	52	Eliminada	97	110
9	10	53	57	98	Eliminada
10	14	54	70	99	56
11	16	55	71	100	116
12	Eliminada	56	72	101	117
13	2	57	63	102	118
14	Eliminada	58	66	103	119
15	Eliminada	59	69	104	Eliminada
16	18	60	68	105	Eliminada
17	19	61	73	106	126
18	20	62	74	107	124
19	21	63	75	108 y 109	125
20	22	64	Eliminada	110	120
21	23	65	Eliminada	111	123
22	24	66	64	112	128
23	25	67	76	113	129
24.1	Eliminada	68	77	114	130
24.2	Eliminada	69	78	115	132
25.1	30	70	Eliminada	116	133
25.2	31	71	79	117	Eliminada
26	32	72	Eliminada	118	Eliminada
27	33	73	80	119	134
28	7	74	Eliminada	120	135
29	9	75	82	121	136
30	35	76	83	122	138
31	36	77	85	123	148
32	38	78	89	124	145
33	Eliminada	79	90	125 y 126	140
34	Eliminada	80	86	127	Eliminada
35	39	81	88	128	150
36	44	82	84	129	147
37	45	83	91	130	146
38	46	84	92	131	139
39	47	85	93	132	137
40	40	86.1	96	133	155
41	41	86.2	97	134	156
42	43	87	100	135	157
43	48	88	101	136	159
44	49	89	104	137	160
45	50	90	105	138	161
46	51	91	Eliminada	139	158

2007	2018	2007	2018	2007	2018
140	162	172	199	205	232
141	163	173	203	206	234
142.1	165	174	200	207	240
142.2	166	175	201	208	241
143	167	176	204	209	237
144	168	177	202	210	235
145	169	178	208	211	243
146	170	179	205	212	244
147	171	180	206	213	238
148	176	181	209	214	228
149	177	182	210	215.1	245
150	178	183	211	215.2	249
151	180	184	212	216.1	246
152	Eliminada	185	222	216.2	250
153	Eliminada	186	221	217.1	247
154	Eliminada	187	225	217.2	251
155	182	188	Eliminada	218.1	248
156	183	189	Eliminada	218.2	252
157	184	190	224	219	253
158	181	191	223	220	256
159	219	192	Eliminada	221	Eliminada
160	Eliminada	193	227	222	254
161	187	194	217	223	257
162	188	195	226	224	255
163	190	196	214	225	258
164	193	197	215	226	42
165	194	198	216	227	Eliminada
166	195	199	218	228	Eliminada
167	191	200	230	229	Eliminada
168	192	201	231	230	262
169	196	202	239	231	263
170	197	203	242	232	265
171	198	204	233		

Avalado por:

