



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 19 de Junio de 2018.

### VISTO:

El Expediente N° 14653-2018, que contiene el Informe N° 1539-2018-DE-HCH, de fecha 28.May.2018, del Departamento de Enfermería, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Informe N° 1539-2018-DE-HCH, de fecha 28 de mayo de 2018, la Jefa del Departamento de Enfermería remite la propuesta de las siguientes GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA:

- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Balance Hídrico.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Control de Glucosa Capilar.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería Administración de Medicamento por Vía Oral en Adultos.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería Administración de Medicamento por Vía Endovenosa en Adultos.

Las cuales tienen por objetivo estandarizar criterios de atención en Enfermería en la aplicación del balance hídrico estricto, así como en el control de la glicemia capilar, y la administración de medicamentos tanto por vía oral como endovenosa, respectivamente;

Que, mediante Informe Técnico N° 043-OGC-2018-HCH, de fecha 06 de junio de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA, presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, asimismo, el artículo 58, literal d), del mismo cuerpo legal, establece entre las funciones del Departamento de Enfermería: Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, la Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG, de fecha 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimentales Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;



Que, se tiene que las Guías de Procedimientos Asistencial son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un procedimiento asistencial específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y técnicas de ejecución del procedimiento, para una apropiada y oportuna atención de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería, aprobando la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA;

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 505-2018-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de las GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA, propuesta por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia;

Con las visaciones de la Jefa del Departamento de Enfermería, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2016-SA, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar las GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA del Hospital Cayetano Heredia, propuesta por el Departamento de Enfermería, que a continuación se detallan:

- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Balance Hídrico.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Control de Glucosa Capilar.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería Administración de Medicamento por Vía Oral en Adultos.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería Administración de Medicamento por Vía Endovenosa en Adultos.

Por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar al Departamento de Enfermería proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de las GUÍAS DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA, aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

**Artículo 3°.-** Disponer la Publicación de las referidas GUIAS, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

#### REGÍSTRESE Y COMUNIQUESE

ACPR/BAIC/phng  
Distribución:  
( ) DG  
( ) DE  
( ) OGC  
( ) OAJ  
( ) OCOM  
( ) Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
20 JUN. 2018  
EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISEP  
ASISTENTE ADMINISTRATIVO  
REGISTRADO

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

**I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA  
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA ENDOVENOSA EN ADULTOS**

**CODIGO : GPAE -17**

**CPT: 90784**

**II DEFINICIÓN**

La terapia vía endovenosa es la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o catéter, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos.

**OBJETIVOS**

- ✓ Unificar criterios de enfermería en la administración de medicamentos endovenosos.
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería

**III ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza hoy una iniciativa mundial para reducir a la mitad los daños graves y evitables relacionados con la medicación en todos los países en los próximos cinco años.

Solo en los Estados Unidos de América, los errores de medicación provocan al menos una muerte diaria y daños en aproximadamente 1,3 millones de personas al año. Aunque se calcula que en los países de ingresos medianos y bajos los índices de eventos adversos relacionados con los medicaciones son altos y que el número de años perdidos de vida saludable es aproximadamente el doble. Se calcula que el costo mundial asociado a los errores de medicación es de US\$ 42 000 millones al año, es decir, casi un 1% del gasto sanitario mundial.

Actualmente muchos países no disponen de datos fiables y posiblemente habría mucho subregistro de estos eventos adversos producidos por factor humano por eso es importante la elaboración de protocolos de atención al paciente donde se estandaricen las actividades que realiza el profesional de enfermería.

**IV RESPONSABLE**

Licenciada (o) en Enfermería

**V INDICACIONES**

**ABSOLUTAS**

- ✓ Paciente con infecciones leves y severas.
- ✓ Paciente con lesiones de gravedad o accidentes.
- ✓ Paciente que recibe gran cantidad de medicamentos.
- ✓ Tratamiento de un paciente que no puede recibir medicación por otra vía.

**RELATIVAS**

- ✓ Pacientes ambulatorios.



## VI CONTRAINDICACIONES

### ABSOLUTAS

- ✓ Administración de medicamentos que no sean para vía endovenosa.
- ✓ Pacientes que presentan alteraciones en coagulación.
- ✓ Pacientes que presentan trombosis completa del sistema venoso profundo.
- ✓ Paciente que presenta neutropenia profunda.

## VII REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica

## VIII RECURSOS MATERIALES

### MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

- 01 Contenedor con bolsa roja para desechos.
- 01 Recipiente para desechos cortopunzante.
- 01 Riñónera o bandeja.
- 01 Ligadura de 20 cmt.
- 01 Bomba de infusión

### MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- 01 Par de guantes esteriles
- 01 Cateter n° 20, 22 (estéril)
- 01 Equipo de venoclisis(estéril)
- 01 Líneas de infusión (estéril)
- 01 Llave de triple vía con extensión dis (estéril)
- 01 Aposito transparente (estéril)
- 03 Tórundas de algodón alcoholado
- 02 Jeringas con aguja 10 cc ( estéril)
- 01 Equipo de Volutrol (estéril)

### MEDICAMENTOS

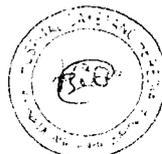
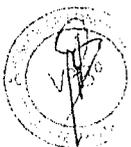
- 01 Solución parenteral indicada
- 100cc Cloruro de Sodio al 0.9 ‰

## V DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, nombre del paciente y diagnóstico, Kardex.	1. Disminuye el temor y favorece su colaboración.
2. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
3. Prepare los materiales e insumos.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía
4. Explicarle al paciente y /o familia sobre el procedimiento.	4. Para favorecer el procedimiento, y el confort del paciente.
5. Coloque al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino.	5. Facilita la ejecución del procedimiento.
6. Preserve la intimidad del paciente	6. La privacidad le proporciona seguridad al paciente.
7. Higienice sus manos.	7. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo
8. Si el paciente no tiene vía venosa disponible proceder según guía de	8. Permite el acceso a la vena.



procedimiento de inserción de catéter venoso. (GPE. 001)	
<p>9. Aplique los 11 correctos, para la preparación del medicamento. (Anexo 01)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilice agujas diferentes para cargar la medicación y para administrarla.</li> <li>- Prepare la medicación utilizando, generalmente suero fisiológico (SF) al 0,9% 1000cc.</li> <li>- Para inyectar los fármacos prescritos, purgue previamente el equipo de venoclisis o Volutrol, administre a goteo lento.</li> </ul>	<p>9. La importancia de efectuar los 11 correctos en la administración de medicamentos, para evitar incidentes y eventos adversos.</p>
<p>10. Observe la acción inmediata y efectos secundarios del medicamento. Advertir al paciente de estos.</p>	<p>10. La enfermera el medicamento a administrar, para la explicación al paciente, sobre los efectos colaterales.</p>
<p>11. En caso de vía salinizada (llave de triple vía )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retire tapa protectora de la zona de inyección.</li> <li>- Compruebe su permeabilidad aspirando suavemente.</li> <li>- Inyecte el medicamento, según indicación, lentamente.</li> <li>- Conecte la tapa protectora si corresponde.</li> </ul>	<p>11. La vía de administración endovenosa, se puede realizar de diferentes tipos de dispositivos, siempre cumpliendo los correctos en la administración.</p>
<p>12. En caso de goteo o perfusión continua</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desinfecte con alcohol la zona de punción de goma.</li> <li>- Inyecte el medicamento según indicación.</li> <li>- Al finalizar, retire la jeringa, abra la llave de paso y reinicie el goteo en la velocidad indicada.</li> </ul>	<p>12. La vía de administración endovenosa, se puede realizar de diferentes tipos de dispositivos, siempre cumpliendo los correctos en la administración.</p>
<p>13. En caso de bomba de infusión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encender la bomba y programar volumen, velocidad del flujo y tiempo total de la solución a administrar, si corresponde.</li> <li>- Conecte el equipo perfusor e iniciar la administración.</li> <li>- Abrir llave de paso del equipo perfusor e iniciar la administración.</li> </ul>	<p>13. La vía de administración endovenosa, se puede realizar de diferentes tipos de dispositivos, siempre cumpliendo los correctos en la administración.</p>
<p>14. Observe reacción del paciente y procure mantenerlo cómodo.</p>	<p>14. Permite identificar a tiempo las complicaciones o reacciones secundarias de la medicación.</p>
<p>15. Elimine el material cortopunzante en recipiente correspondiente y realice lavado de manos según norma.</p>	<p>15. Para evitar accidentes punzo cortantes y asegurar el éxito al finalizar el procedimiento.</p>
<p>16. Registre en notas y Kardex. de enfermería.</p>	<p>16. Documenta el procedimiento de enfermería, permite la próxima intervención.</p>



**IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA EN ADULTOS.**

COMPLICACIONES	ACCIONES
REACCIÓN ANAFILÁCTICA POR ALERGIA AL MEDICAMENTO.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valore al paciente.</li> <li>2. Suspende inmediatamente el tratamiento.</li> <li>3. Comunique al Medico tratante.</li> <li>4. Administre la medicación prescrita cumpliendo los once correcto.</li> <li>5. Valore el estado hemodinámico del paciente y Mantenga la via aérea permeable.</li> </ol>
FLEBITIS MEDICAMENTOSA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valore el grado de flebitis (Anexo 02)</li> <li>2. Suspende inmediatamente el tratamiento</li> <li>3. Retire el catéter endovenoso</li> <li>4. Comunique al Medico tratante</li> <li>5. Monitorice signos vitales, temperatura, zona afectada.</li> <li>6. Aplique compresas tibias.</li> <li>7. Registre en las notas de enfermería.</li> <li>8. Administre tratamiento indicado.</li> </ol>
EMBOLIA GASEOSA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valore al paciente</li> <li>2. Suspende inmediatamente el tratamiento.</li> <li>3. Monitorice e identifique signos de alarma vitales.(P.A, F.R, F.C, T°)</li> <li>4. Comunique al médico tratante.</li> <li>5. Prepare al paciente para una toracocentesis si es necesario.</li> <li>6. Administre tratamiento según indicación médica.</li> <li>7. Registre en Notas de Enfermería.</li> </ol>
EXTRAVASACION	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valore la presencia de infiltración en el lugar de infusión.</li> <li>2. Suspenda la infusión que recibe el paciente.</li> <li>3. Retire el catéter con cuidado.</li> <li>4. Aplique compresas frias.</li> <li>5. Registre en Notas de enfermería lo acontecido.</li> </ol>



## X BIBLIOGRAFIA

1. Derdried Athanasio J, Reichembach Danski T, Adami Vayego S, Aparecida Barbosa D. et.al. Factores de riesgo para complicaciones en el catéter venoso periférico en adultos: análisis secundario de ensayo clínico aleatorizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24(2833).  
Disponibile en:  
[WWW.scielo.br/pdf/rlae/v24/es-0104-1169-rlae-24-02833.pdf](http://WWW.scielo.br/pdf/rlae/v24/es-0104-1169-rlae-24-02833.pdf)
2. Denise Charles V. Protocolo de administración de medicamentos. Chile. Clínica Mayor CHCC. 2015 Abril; pág. 2-36. Versión 1.2(1).
3. Martinez Donoso K. Carvajal Menegollez M. Protocolo de administración de medicamentos Endovenosos. Chile. Hospital Dr. Ernesto torres Galdames Iquique. Edicicon primera. pág. 2-13. 2015.
4. Tomé Piñeiro N, Revisión bibliográfica sobre la percepción de Enfermería de los errores en la administración de medicación, Brasil, Universidad da coruña, 5 de Septiembre 2014.
5. Carmona Torres J, Baena Serrano A, et al, Análisis del conocimiento sobre la administración de fármacos, España, Vol. 5, Nº 2 (Págs. 233-241) 2015.  
Disponibile en:  
<https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/115/98>.



XI ANEXOS

ANEXO 01

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO  
 APLICACIÓN DE LOS 11 CORRECTOS

1	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el medicamento y comprobar fecha de caducidad del mismo.</li> <li>- Comprobar el nombre del medicamento a preparar.</li> <li>- Comprobar el nombre del medicamento a administrar.</li> <li>- En caso de Duda no administrar.</li> <li>- Se desechara cualquier medicamento que no este correctamente identificado.</li> </ul>
2	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la identificación del paciente.</li> </ul>
3	<b>ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.</li> </ul>
4	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO POR LA VIA CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar que la vía de administración es la correcta.</li> <li>- Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar</li> </ul>
5	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO HORA CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrar, posibles prescripciones, cambios de color, etc.</li> <li>- Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.</li> </ul>
6	<b>REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede</li> </ul>
7	<b>INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO</b> 	
8	<b>COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO</b>	
9	<b>INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>	
10	<b>ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANO</b> 	
11	<b>DEBEMOS TENER EN CUENTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo Preparo</li> <li>- Yo Administro</li> <li>- Yo Registro</li> <li>- Yo Respondo</li> </ul>

Fuente: Guía de administración segura de medicamentos- Hospital universitario Reina Sofía Córdoba/unidad de docencia, calidad e investigación de enfermería/ división de enfermería <http://enfermeriaenlamedicacion.blogspot.pe/2016/05/reglas-para-la-administracion-segura-de.html>

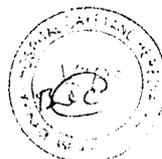


ANEXO 02

PUNTAJE DE FLEBITIS DE INFUSIÓN VISUAL

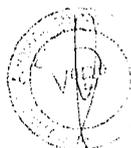
V.I.P. Score (visualinfusion Phlebitis Score)			
	Sitio de insercion se ve sano	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin signos de flebitis</li> <li>- Observar cateter</li> </ul>
	Uno de los siguientes es evidente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve dolor o enrojecimeinto cercano al sitio de insercion</li> </ul>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posible primeros signos de flebitis.</li> <li>- Observar cateter</li> </ul>
	Dos de los siguientes son evidentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor cercano al sitio de insercion.</li> <li>- Eritema/ Edema</li> </ul>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio de flebittis</li> <li>- Cambiar cateter</li> </ul>
	Todos los siguientes son evidentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor en el lrecorrido del cateter.</li> <li>- Eritema/ Induracion</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etapa media de flebitis</li> <li>- Cambiar cateter</li> <li>- Considerar tratamiento</li> </ul>
	Todos los siguiente son evidentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor en el recorrido del cateter Eritema/ induracion.</li> <li>- Eritema/ Induracion.</li> <li>- Cordon venoso palpable.</li> </ul>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etapa avanzadade flebitis o inio de tromboflebitis</li> <li>- Cambiar cateter</li> <li>- Considerar tratamiento</li> </ul>
	Todos los siguientes son evidentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor en el recorrido del cateter.</li> <li>- Eritema/ induraccion.</li> <li>- Cordon venoso palpable /fiebre</li> </ul>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etapa avanzada de tromboflebitis.</li> <li>- Iniciar tratamiento</li> <li>- Cambiar cateter.</li> </ul>

Fuente: Developed by Andrew Jackson, Consultant Nurse Intravendus Therapy and Care, Rotherham General Hospitals, NHS Trust.



ANEXO 03

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN INSERCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
Nº	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa la historia clínica, (kardex) nombre del paciente y Diagnostico			
2	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3	Prepara los materiales e insumos			
4	Explica al paciente y /o familia sobre el procedimiento			
5	Coloca al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino			
6	Preserva la intimidad del paciente			
7	Higieniza sus manos con alcohol gel			
8	Canaliza vía periférica según guía de procedimiento			
9	Prepara los medicamentos. (según protocolo)			
10	Administra el medicamento cumpliendo los 11 correctos.			
11	Observa la acción inmediata y efectos secundarios del medicamento. Advertir al paciente de estos.			
12	En caso de vía salinizada o perfusión continua lo realiza según protocolo.			
13	En caso de bomba de infusión, lo realiza según protocolo.			
14	Observa reacción del paciente y procura mantenerlo cómodo.			
15	Elimina el material cortopunzante en recipiente correspondiente.			
16	Registra en notas y kardex de Enfermería.			
<b>PORCENTAJE DE ACIERTOS</b>				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR			FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO	



**I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN  
BALANCE HIDRICO**

**CÓDIGO: GPAE - 15**

**II DEFINICION**

El balance hídrico es el cálculo cuantificado de los ingresos y egresos de líquidos, que ocurren en el organismo en un tiempo específico.

Los ingresos o entradas diarias proceden de los líquidos orales 1100 a 1300 ml, alimentos sólidos 800 a 1000 ml, metabolismo oxidativo 300 ml en 24 horas, haciendo un total de 2600 ml en 24 horas. También son considerados específicos como los hemoderivados, expansores plasmáticos, nutrición parenteral, que ingresan a un goteo específico, irrigaciones de líquidos o lavados por catéteres que no se extraen.

Los egresos y salidas son el volumen de orina de 900- 1500 ml, agua contenida en las heces 150 ml. Las pérdidas insensibles, se calcula aproximadamente en un adulto 720 cc en 24 horas. También son considerados como egresos: los vómitos, el residuo gástrico, el sangrado de heridas.

**OBJETIVOS**

- ✓ Estandarizar criterios en Enfermería en la aplicación del balance hídrico estricto.
- ✓ Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos del paciente para prevenir complicaciones.

**ASPECTO EPIDEMIOLOGICO IMPORTANTES**

Hospital Nacional Cayetano Heredia (2013) en su proyecto de investigación de balance hídrico se encontró que la calidad de los registros de los 10 servicios auditados el 80% de ellos se encuentra por debajo del estándar esperado, siendo los servicios con menor porcentaje de conformidad.

En el hospital regional docente de Trujillo en el 2017 se realizó un trabajo de investigación y se llegó a las siguientes conclusiones, que el 21.4% de las enfermeras tienen nivel de conocimiento alto sobre balance hídrico, el 71.4% medio, el 7.1% bajo y el 92.9% de las enfermeras mostraron un manejo adecuado y el 7.1% tiene un manejo inadecuado.

**III RESPONSABLE:**

Licenciada en enfermería  
Técnico de enfermería (Colaborador)

**IV INDICACIONES**

**ABSOLUTAS**

- ✓ Paciente pos operado Inmediato y mediato de cirugías abdominales, torácicas y neurocirugías.
- ✓ Paciente con enfermedad renal.
- ✓ Paciente en estado crítico.
- ✓ Paciente quemado.



- ✓ Pacientes que reciben tratamientos con drogas que puedan alterar el equilibrio de líquidos y electrolitos (diuréticos, corticoides etc.)
- ✓ Pacientes politraumatizados.
- ✓ Paciente Hospitalizado.

**RELATIVAS:**

- ✓ Paciente pos operado ambulatorio.
- ✓ Paciente con restricción dietética.
- ✓ Pacientes que tienen suspendida la vía oral.

**V CONTRAINDICACIONES:**

**ABSOLUTAS:**

Ninguna

**VI REQUISITOS:**

Consentimiento informado: No Aplica

**VII RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR**

**MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE**

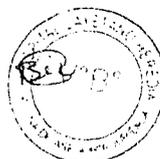
- 01 Jarra medidora o recipiente milimetrado (orina)
- 01 Balanza

**MATERIAL MÉDICO FUNGIBLES**

- 01 Par de guantes de procedimiento

**OTROS**

- 01 Calculadora
- 01 Hoja de Balance Hídrico (formato)
- 01 Notas de enfermería (formato)
- 01 Lapiceros (rojo y azul)



### VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise en la historia clínica, nombre del paciente y Diagnostico.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores.
2. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo
3. Prepare los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía
4. Explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.	4. Para brindarle seguridad, confianza y obtener su colaboración.
5. Controle las funciones vitales y Somatometría al paciente	5. Las alteraciones hemodinámicas producen cambios en el estado hidroeléctrolíticos.
6. Vigile estado de conciencia.	6. Los pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución volumen del líquido intravascular.
7. Preserve la intimidad del paciente durante la recolección de fluidos corporales.	7. La privacidad le proporciona seguridad al paciente.
8. Cálcese guantes de procedimiento.	8. Brinda seguridad al personal.
9. Cuantifique cuidadosamente los fluidos, en el recipiente milimetrado y el peso del pañal.	9. Obtener valores exactos de la ingestión y excreción de líquidos y fluidos, nos dará un balance hídrico seguro.
10. Retire y descarte los guantes utilizados (Técnico).	10. Todo material que ha estado en contacto con el paciente debe considerarse como potencialmente infeccioso.
11. Deje cómodo al paciente.	11. Proporciona bienestar al paciente.
12. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	12. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación.
13. Registre los ingresos y egresos en el formato de balance hídrico. (ANEXO 01)	13. Es una herramienta de valoración objetiva.
14. Aplique fórmula para pérdidas insensibles y agua de oxidación. (ANEXO 02).	14. Las pérdidas insensibles es el agua que se pierde por la evaporación a través de la piel y la respiración. El agua metabólica, es una fuente adicional que se obtiene de los procesos metabólicos del organismo.
15. Realice balance hídrico estricto por turno sin dejar de anotar hora de inicio y final de este.	15. La suma de los aportes tendrá un valor positivo y la suma de las perdidas tendrá un valor negativo. Para obtener un balance global de líquidos en 24 horas se suma ambas cantidades. Si los aportes son superiores a las pérdidas, el balance será positivo; si las pérdidas son superiores a los aportes, el balance será negativo si los ingresos son iguales a los egresos el balance será neutro. Informe al médico ante cualquier alteración en el resultado del balance.



16. Registre en notas de enfermería en la Historia Clínica.	15 Documenta el procedimiento de enfermería.
---	--

**IX COMPLICACIONES:** No aplica

**X BIBLIOGRAFIA**

1. Bocanegra DLAA. Nivel de Conocimiento relacionado con el manejo del balance hídrico en enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Regional docente de Trujillo. 2017.  
Disponible en:  
[repositorio.upau.edu.pe/handle/upaorep/3548](http://repositorio.upau.edu.pe/handle/upaorep/3548)
2. Gonzales Pérez N, Zapata Centeno I, Gaona López R, Aguayo Muñoz A, Camacho Noguez A, López Carrillo L. Balance hídrico: un marcador pronóstico de la evolución. Medicina Crítica. 2015 Abril-Junio; XXIX (2).  
Disponible en:  
[www.scielo.org.mx/pdf/rammcti/v29n2/v29n2a4.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/rammcti/v29n2/v29n2a4.pdf)
3. Agurto AI, Ancajima NY, Diaz AR, Melgarejo RJ. Cumplimiento de la aplicación de un registro de enfermería para la atención del paciente pediátrico en la unidad de cuidados intensivos, Hospital Nacional Cayetano Heredia-2017.
4. Arteaga Bocanegra F. El manejo del balance hídrico de enfermeras del servicio de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2017.



XI ANEXOS

Anexo N° 1

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN BALANCE HIDRICO			
FECHA:	HORA DE INICIO :	HORA DE TERMINO :	
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>PRIMERA FASE</b>			
1. Revisa en la historia clínica, nombre del paciente y Diagnostico.			
2. Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3. Prepara los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente.			
4. Explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
5. Preserva la intimidad del paciente durante la recolección de fluidos corporales.			
6. Se calza los guantes de procedimiento.			
7. Cuantifica cuidadosamente los fluidos.			
8. Retira y descarta los guantes utilizados.			
9. Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
10. Registra los ingresos y egresos en el formato de balance hídrico.			
<b>SEGUNDA FASE</b>			
11. Aplica fórmula para pérdidas insensibles y agua de oxidación.			
12. Realiza balance hídrico estricto por turno y/ 24 horas.			
13. Registra en notas de enfermería en la Historia Clínica.			
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO	



Anexo N° 2

FÓRMULAS DE BALANCE HIDRICO

- Fórmulas de agua oxidación (agua metabólica)

AM: PX5cc (24hrs)

- Perdidas insensibles

PI: PX12cc (24 hrs)  
P.I.: Peso/2X N° de horas

- P.I. en el acto operatorio

P.I.aq: PesoX5cc por hora /  
acto quirúrgico

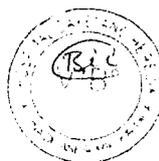
- .Flujo Urinario en < de 10 kg

Volumen de orina  
.....  
N° de horas x kg de peso

- .Flujo urinario en >de 10 kg.

Volumen de orina  
.....  
N° de horas por superficie corporal

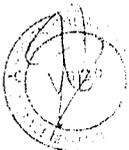
Fuente: <https://es.slideshare.net/guestc07ad2/balance-hidrico-3309457>



Anexo N° 3

FORMATO DE BALANCE HÍDRICO ELECTROLITICO

HOJA DE BALANCE HÍDRICO ELECTROLITICO							
FECHA: / /		TURNO			TOTAL DE HORAS	PESO:	
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00			
I N G R E S O S	DIETA					TOTAL DE INGRESOS	
	FORMULA						
	AGUA O SRO						
	EV QUE PASO	DEXTROSA					
		CLORURO					
	EV QUEDA						
	TRATAMIENTO EV						
	TRANSFUSIONES						
	AGUA DE OXIDACION						
	OTROS						
E G R E S O S	ORINA					TOTAL DE EGRESOS	
	DEPOSICION						
	VOMITOS						
	DRENAJES	SNG					
		DT					
		OTROS					
PERDIDAS INSENSIBLES							
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)							
FECHA: / /		TURNO			TOTAL DE HORAS	PESO:	
		07:00-12:00	13:00-19:00	19:00-07:00			
I N G R E S O S	DIETA					TOTAL DE INGRESOS	
	FORMULA						
	AGUA O SRO						
	EV QUE PASO	DEXTROSA					
		CLORURO					
	EV QUEDA						
	TRATAMIENTO EV						
	TRANSFUSIONES						
	AGUA DE OXIDACION						
	OTROS						
E G R E S O S	ORINA					TOTAL DE EGRESOS	
	DEPOSICION						
	VOMITOS						
	DRENAJES	SNG					
		DT					
		OTROS					
PERDIDAS INSENSIBLES							
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)							
APELLIDOS Y NOMBRES		SERVICIO			LEAD	A CASA	
N° HC							



**I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN CONTROL DE GLUCOSA CAPILAR**

**CODIGO: GPAE-16**

**CPT: 82948**

**II DEFINICION**

Consiste en la extracción de una gota de sangre con una lanceta, en la yema de uno de los dedos de la mano o en el lóbulo de la oreja. La sangre se pone en contacto con una tira reactiva conectada a un medidor de glucosa (Glucómetro).

**OBJETIVOS**

- ✓ Unificar criterios en cuidados de Enfermería en el control de glicemia capilar y reducir las complicaciones.
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería.

**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES**

Anteriormente en la evaluación de los pacientes con diabetes, cuando el médico solicitaba extracción de sangre para verificar como estaba la glucemia, como opción se podía medir de forma rudimentaria: La glucosuria (presencia de glucosa en orina) por medio de una tiras reactivas que informaban si había o no glucosa en orina. En 1980 aproximadamente, se comenzaron a utilizar las tiras de medición en sangre, conocidas con el nombre de "Hemoglucotest" las cuales requerían una generosa gota de sangre capilar (de los dedos de la mano) e informaban a través de la comparación del color que daba la tira reactiva, con un muestrario cromático adjunto, el rango de la glucemia estimada (p.e. entre 80 a 120 mg/dl o 120 a 160 mg/dl, etc.) en su inicio eran de uso hospitalario, luego se popularizaron y llegaron a ser usadas en el domicilio. Al llegar los años 90 cuando se difundió su uso, produciéndose un gran avance. Estos instrumentos de medición fueron mejorando según el desarrollo tecnológico y se utilizó de forma masiva sobre todo en las grandes ciudades, los medidores o biosensores (Glucómetro) que son capaces de "leer" la información de una tira reactiva cargada con la gota de sangre y traducirla a un número para tener una aproximación más fiel al valor real de la glucosa en sangre, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas con Diabetes ya que les permite hacer un monitoreo real de los niveles de glucosa en sangre para hacer cambios de estilo de vida (dieta o ejercicio) o en la dosis de medicación.

**III RESPONSABLE:**

Licenciada en Enfermería.

**IV INDICACIONES:**

**ABSOLUTAS:**

- ✓ Insuficiencia Renal
- ✓ En pacientes Críticos



- ✓ En cirugías Prolongadas
- ✓ En pacientes con Diabetes de larga estadia
- ✓ Monitoreo de glucemia
- ✓ Insuficiencia hepática
- ✓ Insulinoterapia.
- ✓ Corticoterapia

**RELATIVAS:**

- ✓ Control rutinario
- ✓ Post operados

**V CONTRAINDICACIONES:**

**ABSOLUTAS:**

- ✓ En tejidos edematosos, vasoconstricción periférica y áreas infectadas.
- ✓ En zonas lesionadas, punciones repetidas en la misma zona y áreas cianóticas en proceso de cicatrización.

**VI REQUISITOS:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** No aplica

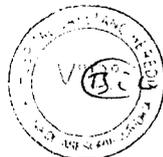
**VII RECURSOS MATERIALES:**

**MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE:**

- 01 Glucómetro
- 01 Contenedor para material punzo cortante.
- 01 Riñonera

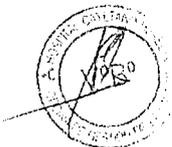
**MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE:**

- 02 Tiras reactivas
- 01 Lanceta o aguja descartable N° 24
- 01 Torundas de Algodón
- 01 Torundas Alcoholadas
- 01 Par de guantes procedimientos.
- 01 Bolsa roja



### VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise en la historia clínica, nombre del paciente e indicación Médica.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Higienice las manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	2. Para evitar infecciones cruzadas y nosocomiales.
3. Prepare los materiales e insumos.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
4. Explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.	4. Disminuye el temor y favorece su colaboración.
5. Cálcese los guantes de procedimiento.	5. Es una medida de bioseguridad para el personal de salud y el paciente.
6. Introduce la tira reactiva en el glucómetro.	6. La tira reactiva contiene barreras de sensores, que al estar en contacto con el equipo de glucómetro se activa.
7. Seleccione la zona de punción. -Yemas de los dedos -Lóbulo de la oreja	7. Es una zona de mayor irrigación y los vasos capilares se encuentran superficialmente.
8. Asepticé la zona de punción.	8. Permite limpiar y desinfectar superficie cutánea.
9. Realice una ligera presión y ejecute la punción con la lanceta o aguja, de preferencia en los laterales. Luego retire la lanceta o aguja.	9. La presión favorecerá el flujo sanguíneo, para que la gota de sangre salga con facilidad, y la punción de los laterales es Menos dolorosa.
10. Coloque la gota de sangre en la tira reactiva al glucómetro. (Anexo 2)	10. La tira reactiva contiene glucosa oxidasa, que al estar en contacto con la sangre genera una corriente de baja intensidad que es captada por el glucómetro.
11. Presione con una torunda de algodón la zona de punción, espere el resultado. Si encaso el resultado es error, repetir el procedimiento.	11. Favorece la formación del tapón hemostática, en cual se produce por la formación de las plaquetas.
12. Retire la tira reactiva, deseche el material utilizado, según norma de bioseguridad y apagar el glucómetro.	12. La inadecuada manipulación de estos desechos incrementa el riesgo para el trabajador de salud y el paciente.
13. Higienice las manos según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	13. Para evitar infecciones cruzadas y nosocomiales.
14. Registre en libreta del paciente, notas de enfermería y/o Kardex el resultado de glucosa.	14. Evidencia la valoración de enfermería en la toma de decisión.



## IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA TOMA DE GLUCOSA CAPILAR.

COMPLICACIONES	ACCIONES
INFECCIÓN LOCALIZADA	1. Valore la zona afectada. 2. Lave la zona con agua estéril y jabón. 3. Mantener seca la zona afectada. 4. Registre el procedimiento y la lesión en las notas de enfermería.

## X BIBLIOGRAFIA:

1. Madera PO. Manual de procedimientos para la toma de glucosa. 2014. Primera edición.
2. C. SS. Enfermería Médico Quirúrgica. 12th ed. México: McGraw- HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de cv.; 2016.
3. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención R.M. n° 719-2015/Minsa. Lima - Perú 2016 (1)
4. Ugarte AC. Breve Historia de la Hemoglobina Glicosilada. 2014.
5. Pasquier RJM. <http://monitoreodeglucosa.info.ve/>. [Online]. 2018 [cited 2018].



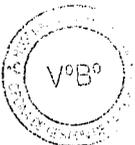
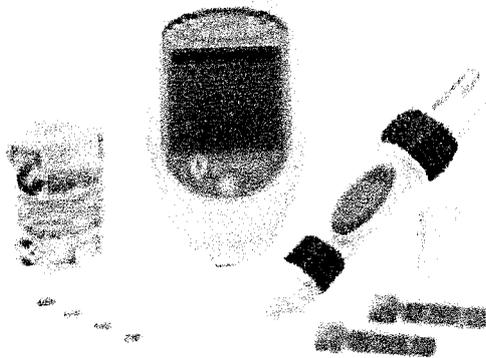
XI ANEXO

ANEXO 01

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN CONTROL DE GLICEMIA CAPILAR.				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa en la historia clínica, nombre del paciente e indicación Médica.			
2	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3	Prepara los materiales e insumos			
4	Explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
5	Coloca guantes de procedimientos.			
6	Introduce la tira reactiva en el glucómetro			
7	Elije la zona de punción.			
8	Aseptiza la zona de punción.			
9	Realiza la punción con la lanceta o aguja.			
10	Coloca la primera gota de sangre en la tira reactiva			
11	Coloca una torunda de algodón en el lugar de la punción.			
12	Desecha el material utilizado según normativa de bioseguridad.			
13	Registra en las notas Enfermería, Kardex y en la consulta externa en la libreta del paciente.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
> 80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		



## ANEXO 2



**I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA  
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA ORAL EN ADULTOS**

**CODIGO : GPAE - 14**

**CPT: 99206**

**II DEFINICIÓN**

Es el procedimiento mediante el cual se proporciona al paciente medicamentos indicados para su absorción por vía gastrointestinal, manteniendo la técnica aséptica y respetando los principios básicos de seguridad.

**OBJETIVOS**

- ✓ Unificar criterios para la administración de medicamentos por vía oral como parte del cuidado de enfermería.
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería

**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES**

La vía oral de administración de medicamentos es la vía más cómoda, segura y económica. Sin embargo, para obtener la máxima seguridad y eficacia del uso de los medicamentos hay que tener en cuenta aspectos como la biodisponibilidad, la tolerancia gastrointestinal, las interacciones, tanto entre fármacos administrados simultáneamente o no, como entre fármaco y alimento.

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

**III RESPONSABLE**

Licenciada (o) en Enfermería.

**IV INDICACIONES**

**ABSOLUTAS**

- ✓ Pacientes, que toleran por vía oral, despiertos, concientes , Glasgow 15 puntos
- ✓ Administración de fármacos orales.

**RELATIVAS**

- ✓ Pacientes ambulatorios.
- ✓ Pacientes hospitalizados.



## V CONTRAINDICACIONES

### ABSOLUTAS

- ✓ En pacientes inconcientes.
- ✓ Estado de sopor
- ✓ Pacientes con problemas de deglución.
- ✓ Contraindicado vía oral.

### RELATIVAS

- ✓ Problemas gastrointestinales
- ✓ Pacientes en pre- operatorio

## VI REQUISITOS

**Consentimiento informado:** No aplica

## VII RECURSOS MATERIALES

### MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

01 Vaso con agua hervida

### OTROS

01 Formato de Kardex (Farmaco indicado).

01 Formato de Notas de Enfermería.



## VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise en la historia clínica, nombre del paciente, indicación médica y Kardex.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
3. Prepare y verifique los insumos. El medicamento entero o molido según lo requiera el paciente).	3. Ahorra tiempo y energía. Facilitara la deglución.
4. Explique al paciente y/o familia sobre la administración del tratamiento.	4. Disminuye el temor y favorece su colaboración.
5. Verifique si el paciente es alérgico y si tiene capacidad de deglución.	5. Evita complicaciones mayores y riesgo de aspiracion.
6. Acomode al paciente en posición semisentado de manera de facilitar la deglución.	6. Evita riespo de aspiración en el paciente.
7. Verifique que la boca, este libre de alimentos, secreciones u otros.	7. Facilita la deglución del medicamento
8. Realice higiene de manos con alcohol gel. (Primer momento). Colóquese guantes, si es necesario.	8. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del insumo.
9. Aplique los correctos. (Anexo 02)	9. Se da seguridad al paciente, y se evita eventos adversos,
10. Proporcione agua para que la persona ingiera el medicamento. (Anexo 03)	10. El agua facilita la deglución del medicamento en via oral.
11. Permanece con él hasta asegurarse que ingirió el medicamento; especialmente si es adulto mayor.	11. Proporciona la seguridad que el paciente ingerio el medicamento y resivio la dosis correcta.
12. Deje cómodo al paciente.	12. Proporcina confort al paciente
13. Higienice sus manos.	13. Evita la diseminación de gérmenes
14. Valore la tolerancia y los posibles efectos adversos	14. En la valoración se observara alguna reacción alterada.
15. Registre en las notas de Enfermería y kardex, nombre del medicamento, fecha, hora, dosis, si hubo reacción del paciente y nombre de la persona responsable.	15. El registro permite que el equipo este informado, sobre el tratamiento realizado al paciente.

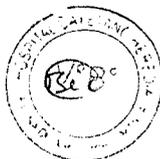


## IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA ORAL

COMPLICACIONES	ACCIONES
RASH CUTANEO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suspender inmediatamente el tratamiento.</li> <li>2. Comunique al medico tratante.</li> <li>3. Administre tratamiendo según indicación medica.</li> <li>4. Monitorice signos vitales.</li> <li>5. Indique al paciente que beba abundante agua.</li> <li>6. Valore el estado hemodinamico del paciente después del rash.</li> </ol>
NAUSEAS Y VOMITOS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coloque al paciente en posicion semifowler</li> <li>2. Proporcione una riñonera</li> <li>3. Proporcione una gasa impregnada de alcohol</li> <li>4. Administre tratamiendo según indicación medica.</li> <li>5. Monitorice signos vitales.</li> <li>6. Indique al paciente que beba abundante Agua.</li> </ol>

## X BIBLIOGRAFIA

1. Tomé PN. Revisión bibliográfica sobre la percepción de Enfermería de los errores en la administración de medicación, Brasil, Universidad da Coruña, 5 de Septiembre 2014.
2. Rodríguez GB, Ríos BY. Caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales Del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima 2014, Medellin, mayo de 2015.
3. Charles D V. Protocolo de administración de medicamentos, Chile, versión N° 1.2, pag 2-36, 2015.
4. Carmona TJ, Baena AS .Análisis del conocimiento sobre la administración de fármacos, España, Vol. 5, N° 2 (Págs. 233-241) 2015.



XI ANEXOS

Anexo N° 1

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA ORAL			
FECHA:	HORA DE INICIO :	HORA DE TERMINO :	
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Revisa en la historia clínica, nombre del paciente e indicación médica y kardex.			
2. Realiza la Higiene de mano. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3. Identifica y explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
4. Realiza higiene de manos con alcohol gel. (Primer momento). Se colóca los guantes, si es necesario.			
5. Verifica si el paciente es alérgico y si tiene capacidad de deglución, comoda al paciente en posición semisentado para facilitar la deglución.			
6. Prepara y verifica los insumos y equipo necesario.			
7. Verifica que la boca, este libre de alimentos, secreciones u otros.			
8. Aplica los 11 correctos.			
9. Proporciona agua para que la persona ingiera el medicamento.			
10. Permanece con el paciente hasta asegurarse que ingirió el medicamento; especialmente si es adulto mayor.			
11. Deja cómodo al paciente.			
12. Se retira los guantes y se realiza higiene de manos.Registra en Notas de enfermería y Kardex.			
13. Registra en notas de enfermería y Kardex			
<b>PORCENTAJE DE ACIERTOS</b>			
>80% Aprobado			
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO	



Anexo N°2

**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO  
APLICACIÓN DE LOS 11 CORRECTOS**

1	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo</li> <li>- Si existe alguna duda, no administrar y consultar.</li> <li>- Se desechara cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.</li> </ul>
2	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la identificación del paciente.</li> </ul>
3	<b>ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.</li> </ul>
4	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO POR LA VÍA CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar que la vía de administración es la correcta.</li> <li>- Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar</li> </ul>
5	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO HORA CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrar, posibles prescripciones, cambios de color, etc.</li> <li>- Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.</li> </ul>
6	<b>REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede</li> </ul>
7	<b>INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO</b>	
8	<b>COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO</b>	
9	<b>INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>	
10	<b>ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANO</b>	
11	<b>DEBEMOS TENER EN CUENTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo Preparo</li> <li>- Yo Administro</li> <li>- Yo Registro</li> <li>- Yo Respondo</li> </ul>

Fuente: Guía de administración segura d medicamentos- Hospital universitario Reina Sofia Córdoba/unidad de docencia, calidad e investigación de enfermería/ división de enfermería <http://enfermeriaenlamedicacion.blogspot.pe/2016/05/reglas-para-la-administracion-segura-de.html>



Anexo N° 03

