



**Universidad de las Regiones Autónomas de la
Costa Caribe Nicaragüense
URACCAN
Recinto – Nueva Guinea**

MATERIAL DIDÁCTICO

Área Ciencias de la salud.

Carrera: Técnico Superior en Enfermería Intercultural-

Asignatura: PRÁCTICAS DE ESPECIALIZACIÓN I, II Y III

Elaborado por: Sandra María Pérez Díaz



CONTENIDOS:

- 1. Administración de medicamentos vía nasal y nebulización**
- 2. Administración de medicamentos por vía ótica, oftálmica y oral.**
- 3. Administración de medicamentos vía subcutánea e intradérmica.**
- 4. Administración de medicamentos intradérmicos**
- 5. Administración de medicamentos intramuscular con frasco**
- 6. y ampolleta**
- 7. Administración de medicamentos vía intravenosa**
- 8. administración de medicamentos vaginal y rectal**

MANUAL DE APOYO PARA EL ESTUDIANTE DE ENFERMERIA INTERCULTURAL.

ASIGNATURA: PRÁCTICAS DE ESPECIALIZACIÓN I, II Y III

Las asignaturas de Prácticas de Especialización en la carrera del Técnico Superior en Enfermería Intercultural, es fundamental al área práctica del profesionalizante y permite desarrollar habilidades y destrezas en técnicas y procedimientos durante la aplicación de estrategias de cuidado de enfermería con un sustento teórico previamente recibido en los salones de clase.

Esta asignatura se desarrolla a partir del IV semestre, tomando en cuenta que el estudiante ya tiene conocimientos adquiridos en las técnicas y procedimientos básicos en las asignaturas Práctica Familiarización, esta asignatura tiene contenidos de gran importancia en la formación profesional en enfermería intercultural.

En esta ocasión abordaremos 3 temas de gran importancia.

1. Técnicas de administración de medicamentos por diferentes vías.

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarlas 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.

Primer contenido.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL Y NEBULIZACIÓN Equipos administración de medicamentos vía nasal y nebulización:

Administración de medicamentos nasales

- Bandeja.
- Bolsa de papel.
- Tarjeta de medicamentos.
- Medicamento ordenado.
- Papel desechable o gasa

Nebulización

- Nebulizador.
- Cámara.
- Adaptador.
- Boquilla, mascarilla o cámara cefálica.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL.

Propósito: Administrar medicamentos por vía nasal a fin de aliviar congestión nasal o aplicar analgésicos locales, asegurando cumplir con los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y efectos secundarios.

Criterios

Preparación:

1. Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
3. Prepara el equipo completo.
4. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
5. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
6. Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.
7. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
8. Explica al paciente el propósito del procedimiento y la reacción del medicamento.
9. Brinda seguridad al paciente.
10. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

11. Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos.
Coloca la cama en posición horizontal y acomoda al paciente en posición supina, con los hombros elevados ligeramente sobre una almohada y la cabeza inclinada hacia atrás (posición de Proetz), si se quiere instilar la medicación en senos etmoides o esfenoides.
12. Coloca la cama en posición horizontal y acomoda al paciente en posición supina, con los hombros elevados ligeramente sobre una almohada y la

cabeza inclinada lateralmente (posición de Parkinson), si se quiere instilar sobre senos maxilares y frontales.

13. Aspira secreciones antes de instilar el medicamento, si es necesario.
14. Toma el gotero e instila las gotas ordenadas en cada fosa nasal.
15. Se asegura de no contaminar el cuenta gotas con los orificios nasales del paciente.
16. Seca el borde de la nariz con papel desechable o gasa.
17. Orienta al paciente a permanecer en posición Proetz o Parkinson durante 2 a 3 minutos, después de haber instilado la solución.

Procedimiento posterior:

18. Deja cómodo al paciente.
19. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
20. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
21. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 17 criterios del procedimiento realizados correctamente.



NEBULIZACIÓN

Propósito: Administrar sustancias medicamentosas a través del nebulizador, a fin de actuar directamente sobre los bronquios y fluidificar las secreciones, facilitando su eliminación, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Realiza los pasos del **1 al 10** de la destreza “**administración de medicamentos por vía nasal**”.
2. Comprueba el funcionamiento del nebulizador.

Procedimiento:

3. Coloca al paciente en posición semifowler.

4. Prepara la medicación en la cámara del nebulizador con suero fisiológico o según prescripción.
5. Conecta la guía al nebulizador.
6. Coloca la mascarilla al paciente observando la salida de la ventolina por los agujeros de la mascarilla.
7. Orienta al paciente a respirar a un ritmo normal, haciendo ocasionalmente inspiración profunda por la boca.
8. Retira la mascarilla después de 10 minutos o hasta terminar la medicación de la cámara.

Procedimiento posterior:

9. Realiza los pasos del 18 al 21 de la destreza “**administración de medicamentos por vía nasal**”

80% equivale a 17 criterios del procedimiento cumplidos y realizados correctamente según la técnica.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA, OFTÁLMICA Y ORAL.

EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA, OFTÁLMICA Y ORAL:

Administración de medicamentos Óticos

- ✓ Bandeja.
- ✓ Bolsa de papel/ riñonera.
- ✓ Tarjeta de medicamentos.
- ✓ Algodón.
- ✓ Gotero con medicamento.
- ✓ Guantes descartables.

Administración de medicamentos Oftálmicos

- ✓ Bandeja.
- ✓ Bolsa de papel/ riñonera.
- ✓ Tarjeta de medicamentos.
- ✓ Gotero o solución salina.
- ✓ Guantes descartables.
- ✓ Motas de algodón o gasas.

Administración de medicamentos vía oral

- Bandeja.

- Bolsa de papel/ riñonera.

- Tarjeta de medicamentos.
- Gasas.

- Frasco graduado.
- Vaso con agua.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA

Propósito: Administrar medicamentos vía ótica a fin de ablandar cerumen, aliviar dolor, tratar enfermedades. Asegurándose de cumplir con los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
3. Prepara el equipo completo.
4. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
5. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
6. Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.
7. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
8. Explica al paciente el propósito del procedimiento y la reacción del medicamento.
9. Brinda seguridad al paciente.
10. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

11. Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos.
12. Acomoda al paciente en posición decúbito lateral con el oído afectado al descubierto.
13. Mantiene el frasco en su mano durante unos segundos para facilitar que esté a temperatura ambiente al momento de realizar la instilación.
14. Se coloca guantes no estériles.
15. Estira el pabellón auricular suavemente hacia abajo y hacia atrás en niños menores de tres años y hacia atrás y hacia arriba en pacientes mayores a tres años.
16. Limpia el pabellón de la oreja y orificio externo antes de hacer la instilación

17. Instila la cantidad de solución ordenada, evitando tocar el oído con el cuenta gotas y sujetando por unos segundos el oído del paciente hasta que el medicamento se haya introducido por completo en el canal auditivo.
18. Coloca algodón humectado con la solución medicamentosa en la entrada del orificio auditivo.
19. Orienta al paciente a mantener la posición durante unos cinco a diez minutos.
20. Retira el algodón del oído pasado el tiempo establecido.

Procedimiento posterior:

21. Deja cómodo al paciente.
22. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
23. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
24. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 19 criterios del procedimiento realizados correctamente.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA

Propósito: Administrar medicamentos por vía oftálmica a fin de aliviar irritación ocular, dilatar la pupila para examen de ojo, aplicar anestesia o tratar enfermedades de los ojos, asegurándose de cumplir con los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Realiza los pasos del **1 al 10** de la destreza “**administración de medicamentos por vía ótica**”.

Procedimiento:

2. Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos, a la vez que identifica cambios de coloración o sedimentos.
3. Mantiene el frasco en su mano durante unos segundos para facilitar que esté a temperatura ambiente al momento de realizar la medicación.
4. Coloca al paciente en posición dorsal.
5. Se coloca guantes no estériles.
6. Limpia suavemente el párpado y las pestañas con una gasa húmeda en solución salina o agua estéril, realizando la limpieza del ángulo interno al externo, utilizando una gasa a la vez.
7. Orienta al paciente a colocar su cabeza ligeramente hacia atrás, mirando hacia arriba enfocando a un punto específico.
8. Coloca el dedo índice en el pómulo y tira suavemente de la piel hacia abajo, para descubrir el saco conjuntival inferior (si es un niño separa los párpados con los dedos índice y pulgar).
9. Con la otra mano instila el número de gotas ordenadas en el centro del saco conjuntival, en caso de ungüento aplica una cantidad suficiente, iniciando del ángulo interno al externo, evitando que la punta del frasco entre en contacto con el globo ocular o las pestañas.
10. Cierra el párpado y limpia el exceso de medicamento con una gasa estéril.

Procedimiento posterior:

11. Realiza los pasos del 21 al 24 de la destreza “**administración de medicamentos por vía óptica**”.

80% equivale a 18 criterios del procedimiento realizados correctamente siguiendo la técnica.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

Propósito: Administrar fármacos por boca con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos para que sean absorbidos por la mucosa gastrointestinal, asegurando cumplir con los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Realiza los pasos del **1 al 10** de la destreza “**administración de medicamentos por vía óptica**”.

Procedimiento:

2. Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos (tomando en cuenta los diez correctos).
3. Destapa el frasco y coloca la tapa con los bordes hacia arriba (en caso de tableta o cápsula, desliza la tableta en la tapa del frasco y la coloca en el frasco graduado, sin tocarla. En caso de líquido agita el frasco).
4. Sujeta con la mano dominante el frasco y con la no dominante el vaso graduado y lo traslada a nivel de los ojos.
5. Vierte el líquido en el vaso graduado, protegiendo la etiqueta.
6. Limpia el cuello del frasco si es necesario y coloca la tapa.
7. Regresa el frasco a la bandeja verificando la etiqueta.
8. Coloca al paciente en posición fowler o semifowler, según su condición.
9. Administra el medicamento, asegurándose de cumplir con los diez correctos.
10. Brinda al paciente vaso con agua.
11. Se cerciora que el paciente haya deglutido el medicamento, antes de retirarse de su lado.

Procedimiento posterior:

12. Realiza los pasos del **21 al 24** de la destreza “**administración de medicamentos por vía óptica**”.

80% equivale a 19 criterios del procedimiento cumplidos y realizados correctamente con la técnica.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA E INTRADÉRMICA.

EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA E INTRADÉRMICA:

Vía subcutánea

- Medicamento ordenado.
- tarjeta de medicamentos.
- Bandeja, campo estéril.
- Jeringa de 1 a 3 ml.
- Aguja 25 x 1.5 cm.
- Algodón, alcohol.
- Caja de papel o riñonera.

Intradérmica

- Utilizar el mismo equipo de administración de medicamentos subcutáneos.
- Jeringa de 1ml. o tuberculina.
- Aguja 0.6 a 1.5cm. X 25 a 27 cm.
- Recipiente de objetos Cortopunzantes.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA

Propósito: Administrar fármacos en cantidades pequeñas a través del tejido subcutáneo, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
3. Prepara el equipo completo.

4. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
5. Prepara y carga la jeringa con el medicamento indicado de acuerdo a su presentación utilizando las medidas de asepsia.
6. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
7. Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.
8. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
9. Explica al paciente el propósito del procedimiento.
10. Brinda privacidad y seguridad al paciente.
11. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

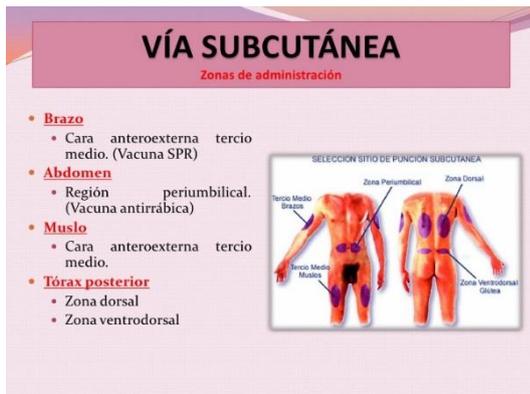
Procedimiento:

12. Coloca al paciente de acuerdo al sitio en que va a administrar el medicamento.
13. Selecciona la región y sitio de aplicación.
14. Limpia en forma rotatoria desde el centro hacia la periferia con una mota de algodón y alcohol.
15. Sujeta el tejido subcutáneo entre el dedo índice y pulgar, con la mano no dominante en el sitio donde aplicará la inyección.
16. Solicita al paciente que respire profundo previo a la administración del medicamento.
17. Introduce la aguja con el bisel hacia arriba en ángulo de 90° si la aguja es de 13mm y a 45° si la aguja es de 16mm o más.
18. Afloja el tejido subcutáneo y aspira tirando del émbolo para verificar que no aspira sangre.
19. Introduce el medicamento lentamente.
20. Retira la aguja lentamente siguiendo la misma dirección que utilizó para introducirla, mientras lo hace aplica presión en la región de inyección con una torunda de algodón.
21. Elimina la aguja directamente en el recipiente de corto punzante.

Procedimiento posterior:

22. Deja cómodo al paciente.
23. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
24. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
25. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 20 criterios del procedimiento a realizarse correctamente.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRADÉRMICOS

Propósito: Administrar fármacos en la capa intradérmica con fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Realiza los pasos del **1 al 11** de la destreza “**administración de medicamentos vía subcutánea**”

Procedimiento:

2. Prepara y carga la jeringa con el medicamento indicado de acuerdo a su presentación, utilizando las medidas de asepsia.
3. Selecciona la región y sitio de aplicación limpiándolo en forma rotatoria del centro hacia la periferia, con una mota de algodón y agua estéril.
4. Sostiene el brazo y estira la piel con el dedo pulgar en la zona donde entrará la aguja.
5. Toma la jeringa con la otra mano y la sostiene con los dedos pulgar e índice apoyando el émbolo contra la palma de la mano.
6. Coloca la jeringa con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 15°, de forma que quede casi paralela a la superficie cutánea del paciente.
7. Introduce la aguja presionando contra la piel del paciente y avanza la aguja a lo largo de la epidermis, de forma que la punta sea visible a través de la piel.

8. Inyecta la medicación lentamente formando una pápula de 6mm de diámetro en el sitio de la inyección.
9. Extrae la aguja y limpia la piel sin hacer presión.
10. Elimina la aguja directamente en el recipiente de objetos cortopunzante (en caso de no haber recipiente de objetos cortopunzante reencapucha la aguja utilizada, usando la mano dominante, colocando la cubierta de la aguja en el borde de la bandeja haciendo presión contra su superficie).

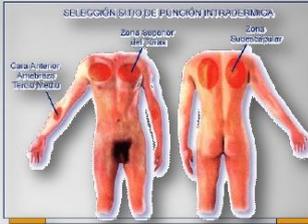
Procedimiento posterior:

11. Realiza los pasos del **22 al 25** de la destreza “**administración de medicamentos vía subcutánea**”.

80% equivale a 19 criterios del procedimiento a realizarse correctamente.

VÍA INTRADÉRMICA
Zonas de administración

- **Antebrazo**
 - Cara anterior tercio medio. (Principalmente con fin diagnóstico)
- **Hombro**
 - Región deltoidea. (Principalmente con fin preventivo)
- **Tórax posterior**
 - Región subescapular.
- **Tórax anterior**
 - Región superior.




ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR CON FRASCO Y AMPOLLETA

EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR:

- Medicamento (frasco o ampolla).
- Riñonera.
- Jeringas descartables.
- Bandeja y campo estéril.
- Pinza auxiliar y porta pinza.
- Caso con motas de algodón y alcohol.
- Recipiente de objetos cortopunzantes.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR (AMPOLLETA)

Propósito: Administrar mediante punción muscular sustancias medicamentosas para su reabsorción con fines terapéuticos asegurándose de cumplir con los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos, cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
3. Prepara el equipo completo.
4. Coloca el campo estéril en la bandeja utilizando la pinza auxiliar, si está disponible.
5. Prepara la jeringa sacándola de la envoltura y colocándola en el campo estéril, manteniendo la aguja estéril.
6. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
7. Toma la ampolleta y golpea la parte superior de la misma con el dedo medio o la sacude en forma circular.
8. Limpia el cuello de la ampolleta con algodón o gasas en forma circular.
9. Coloca una mota de algodón o gasa detrás del cuello de la ampolleta y ejerce presión al lado opuesto.
10. Inclina la ampolla para sacar la solución.
11. Introduce la aguja en el centro de la ampolleta sin tocar los bordes.
12. Hala el émbolo aspirando la solución, tapa la aguja y coloca la jeringa en el campo estéril.
13. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
14. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
15. Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.
16. Explica al paciente el procedimiento, acción y reacción del medicamento.
17. Brinda privacidad y seguridad al paciente.
18. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

19. Toma dos motas de algodón con alcohol, una la coloca entre un espacio interdígital de la mano no dominante y la otra en la mano dominante para limpiar el sitio a inyectar.
20. Escoge el sitio de la inyección en el cuadrante superior externo del glúteo o músculo recto en el muslo o músculo deltoides en el brazo.
21. Limpia un área de 5 cm del centro hacia la periferia en forma circular una sola vez, con la mota de algodón con alcohol y lo deja secar.
22. Estira la piel con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante.
23. Introduce la aguja con la mano dominante en un ángulo de 90° con relación a la piel.
24. Sostiene la jeringa firmemente con los dedos índice y pulgar para fijar la jeringa.
25. Con la mano dominante hala suavemente el émbolo hacia arriba verificando salida de sangre (si sale sangre retira la aguja y la desecha junto con la jeringa).
26. Inyecta la medicación de forma lenta y uniforme.
27. Retira la aguja con la mano dominante y hace presión con la mota de algodón hasta que el paciente no sangra.
28. Descarta las jeringas utilizadas en el recipiente de objetos cortantes.

Procedimiento posterior:

29. Deja cómodo al paciente.
30. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
31. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
32. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 26 criterios del procedimiento

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR (FRASCO)

Propósito: Administrar mediante punción muscular sustancias medicamentosas para su reabsorción con fines terapéuticos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Realiza los pasos del **1 al 6** de la destreza “**administración de medicamento intramuscular (ampolleta)**”.
2. Retira el protector del tapón del frasco utilizando la tijera lister y desinfecta la parte expuesta del tapón de hule utilizando algodón y alcohol con movimientos rotatorios.
3. Toma el frasco con los dedos índice, medio y pulgar de la mano no dominante, manteniéndolo boca abajo a la altura de los ojos.
4. **Presentación líquida:** Toma la jeringa con la mano dominante llenándola de aire (equivalente a la cantidad de medicamento a extraer) e introduce la aguja en el centro del tapón del frasco inyectando el aire sin dejar que el émbolo se retraiga.

Presentación en polvo: Carga la jeringa con el disolvente realizando los pasos del **7 al 12** de la destreza “**administración de medicamento intramuscular (ampolleta)**”. Introduce la cantidad de disolvente indicado en el frasco que contiene el fármaco. Homogeniza la solución rotando el recipiente entre las palmas de las manos.

5. Aspira la cantidad de medicamento indicado, extrae la aguja del frasco y retira suavemente el aire de la jeringa dejando 0.2 décimas de cc de aire evitando sacar solución.
6. Coloca la aguja dentro de la tapa protectora y la coloca en la parte interna del campo estéril.
7. Realiza los pasos del **13 al 18** de la destreza “**administración de medicamento intramuscular (ampolleta)**”.

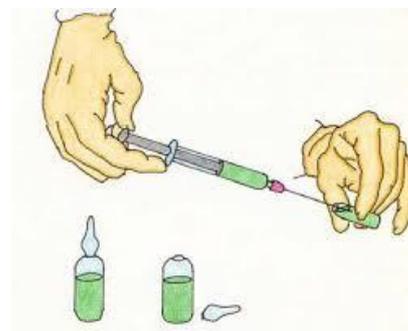
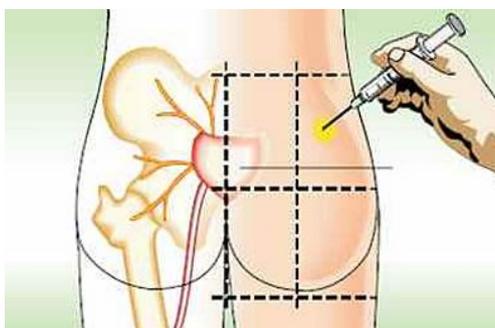
Procedimiento:

8. Realiza los pasos del **19 al 28** de la destreza “**administración de medicamento intramuscular (ampolleta)**”.

Procedimiento posterior:

9. Realiza los pasos del **29 al 32** de la destreza “**administración de medicamento intramuscular (ampolleta)**”.

El 80% es el equivalente al realizar 25 criterios correctos del procedimiento en Presentación líquida al que el 80% es equivalente al realizar 29 criterios del procedimiento Presentación en polvo.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAVENOSA

EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAVENOSA:

Vía Intravenosa

- ✓ Jeringa cargada con el fármaco a administrar.
- ✓ Bandeja.
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Micropore/Esparadrapo.
- ✓ Torniquete.
- ✓ Suero fisiológico o agua destilada (dilución).
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Recipiente de objetos cortopunzantes

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSO

Propósito: Administrar el fármaco directamente al torrente circulatorio con fines terapéuticos, facilitando una absorción más rápida, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Verifica indicaciones médicas (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.

3. Prepara el equipo completo.
4. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
5. Coloca el campo estéril en la bandeja utilizando la pinza auxiliar, si está disponible.
6. Toma la jeringa estéril descartable, colocándola sobre el campo estéril.
7. Prepara y carga la jeringa con el medicamento indicado y diluido adecuadamente de acuerdo a su presentación, utilizando las medidas de asepsia.
8. Coloca la aguja dentro de la tapa protectora y la pone en la parte interna del campo estéril.
9. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
10. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
11. Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.
12. Explica al paciente el propósito del procedimiento.
13. Brinda privacidad y seguridad al paciente.
14. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

15. Acomoda al paciente brindándole una posición adecuada y confortable.
16. Selecciona la vena a puncionar.
17. Se coloca guantes no estériles.
18. Liga con el torniquete de 5 a 10 centímetros del lugar de punción, solicitando al paciente cerrar el puño si es necesario.
19. Limpia con una torunda de algodón y alcohol el sitio de punción deslizándolo hacia arriba ejerciendo presión, usando una torunda a la vez, cerciorándose que el sitio haya quedado limpio.
20. Inmoviliza la vena dilatada traccionando la piel hacia abajo para fijar la vena.
21. Solicita al paciente que respire profundo.
22. Punciona la vena con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° a 30°, cerciorándose que haya buen retorno venoso.
23. Desliga e indica al paciente abrir el puño lentamente e inyecta el fármaco lentamente, comprobando que se mantiene en la vía venosa.

24. Coloca la torunda de algodón sobre la punción, retira la aguja y jeringa, comprimiendo el sitio con la torunda y cinta adhesiva manteniendo presionado el sitio de 3 a 5 minutos.
25. Elimina la aguja directamente en el recipiente de cortopunzantes.
26. Orienta al paciente a quedarse en reposo por unos minutos y observa reacciones adversas al medicamento.
27. Se retira los guantes y los descarta en el lugar apropiado.

Procedimiento posterior:

28. Deja cómodo al paciente.
29. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
30. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
31. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 25 criterios del procedimiento realizados correctamente.



VENOCLISIS

EQUIPOS VENOCLISIS:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Bandeja con: cazo de motas de algodón. – Catéteres de diferentes calibres 18, 20 para adulto. – Guía de infusión. – Torniquete. – Esparadrapo o micropore. | <ul style="list-style-type: none"> – Recipiente de objetos cortopunzantes. – Soporte. – Solución antiséptica. – Jeringa con solución fisiológica. – Guantes de examinación. – Riñonera o bolsa de papel. – Reloj con segundero. |
|--|--|

VENOCLISIS

Propósito: Mantener una vía intravenosa permeable, restaurar el equilibrio de líquidos y electrolitos y fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Verifica indicaciones médicas (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
3. Prepara el equipo completo.
4. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
5. Coloca el campo estéril en la bandeja utilizando la pinza auxiliar, si está disponible.
6. Adapta el venoset al frasco/bolsa.
7. Presiona la cámara hasta llenarla a la mitad de su volumen con el líquido IV verificando que no tenga aire.
8. Mantiene el extremo inferior del venoset sobre una riñonera, abre la llave permitiendo que el líquido circule hasta llenar el venoset.
9. Cierra la llave del venoset y tapa el extremo inferior con el protector.
10. Rotula los líquidos Intravenosos indicados.
11. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
12. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
13. Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.
14. Explica al paciente el propósito del procedimiento.
15. Brinda privacidad, seguridad y comodidad al paciente.
16. Se asegura de tener buena iluminación.
17. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

18. Coloca el brazo del paciente en una superficie plana y firme.
19. Visualiza el área donde colocará la venoclisis.
20. Prepara el esparadrapo que utilizará para fijar el catéter.
21. Se coloca guantes no estériles.

22. Coloca el torniquete 5 a 10 cm por encima del área a puncionar.
23. Palpa la vena con los dedos índice y medio.
24. Limpia la zona de abajo hacia arriba con solución antiséptica.
25. Fija la vena sin entrar en contacto con la zona limpia ya preparada, colocando el dedo pulgar junto a la vena y tirando hacia abajo sin contaminar el área limpia.
26. Introduce el catéter con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° a 30° atravesando la piel y disminuyendo el ángulo a la vez, para no romper la vena.
27. Cuando visualiza el retorno venoso hala el mandril suavemente un poco hacia atrás, sin soltar la fijación introduce el resto del catéter con los dedos índice y pulgar de la mano dominante.
28. Retira el torniquete.
29. Retira el mandril y lo desecha en el recipiente para objetos cortopunzantes.
30. Comprueba permeabilidad pasando solución fisiológica en una jeringa.
31. Ocluye suavemente la punta del catéter para evitar retorno sanguíneo y retira la jeringa.
32. Conecta el venoset y pasa la solución intravenosa indicada.
33. Fija el catéter con el esparadrapo que preparó previamente, fijando firmemente.
34. Regula el goteo según indicación médica.
35. Se retira los guantes sucios.
36. Rotula el catéter con fecha, hora, calibre del catéter, nombre de la enfermera/o.

Procedimiento posterior:

37. Deja cómodo al paciente.
38. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
39. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
40. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 32 criterios del procedimiento realizados correctamente.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VAGINAL Y RECTAL

EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VAGINAL Y RECTAL:

Administración de medicamento

vaginal

- Bandeja.
- Tarjeta de medicamento.
- Medicamento vaginal prescrito.
- Guantes no estériles.
- Bolsa de papel.

Administración de medicamento

rectal

- Bandeja.
- Medicamento indicado.
- Papel higiénico.
- Lubricante

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VAGINAL

Propósito: Administrar medicamentos por vía vaginal a fin de desinfectar y descongestionar la mucosa vaginal, aliviar el dolor y el prurito o normalizar el pH de la vagina, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Criterios

Preparación:

1. Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).
2. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
3. Prepara el equipo completo.
4. Lee la etiqueta del medicamento que administrará.
5. Traslada el equipo al cubículo del paciente.
6. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
7. Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.
8. Explica al paciente el propósito del procedimiento.
9. Indica a la paciente miccionar antes de iniciar el procedimiento.
10. Brinda seguridad y privacidad dejando expuesto únicamente el perineo.
11. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

12. Coloca la cama en posición horizontal.
13. Coloca a la paciente en posición litotomía (rodillas flexionadas y piernas separadas).
14. Se coloca guantes estériles según técnica y examina el perineo.
15. Realiza limpieza de la región perineal con agua jabonosa si observa secreciones (limpia primero el lado izquierdo, luego el lado derecho y por último el centro, con una torunda de algodón distinta para cada localización).
16. Realiza cambio de guantes, después de la limpieza perineal.
17. Separa con una mano los labios mayores.
18. Con la otra mano introduce suavemente el aplicador u óvulo en la vagina, avanzando 5cm angulándolo ligeramente hacia el sacro.
19. Empuja el émbolo para instilar el gel, pomada, crema, tableta u óvulo.
20. Retira el aplicador y descarta en lugar apropiado, si es reutilizable lo lava meticulosamente con agua caliente y jabón y lo guarda en el lugar apropiado.
21. Coloca a la paciente en posición de Sims durante 30 minutos.

22. Descarta los guantes sucios.

Procedimiento posterior:

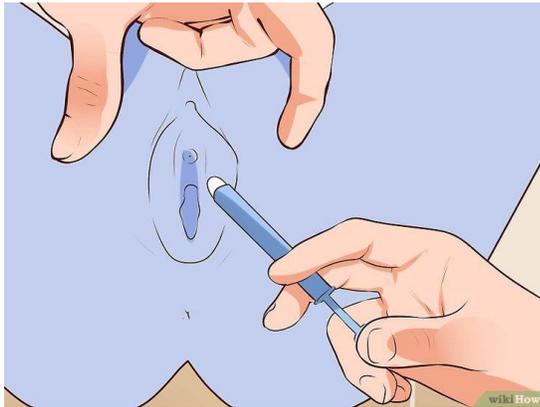
23. Deja cómodo al paciente.

24. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.

25. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.

26. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 21 criterios del procedimiento realizados correctamente.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO RECTAL

Propósito: Administrar sustancias medicamentosas en el interior del recto, a través del ano, con fines terapéuticos, preventivos o diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Validez docente: Propósito de la administración de medicamento y efectos secundarios.

Criterios

Preparación:

1. Realiza los pasos del **1 al 8** de la destreza “**administración de medicamento vaginal**”.
2. Brinda seguridad y privacidad dejando descubierta únicamente la región anal.
3. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.

Procedimiento:

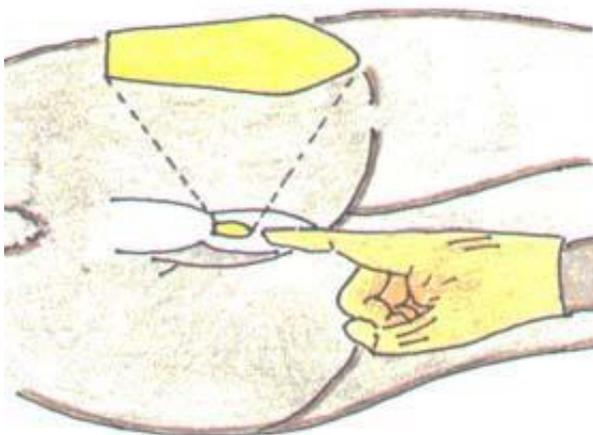
4. Coloca la cama en posición horizontal.
5. Coloca al paciente en decúbito lateral o posición de sims, con la espalda hacia el/la enfermera/o, de forma que quede expuesto el ano.
6. Se coloca guantes según técnica.
7. Extrae el supositorio de la envoltura.

8. Aplica lubricante al supositorio.
9. Con la mano dominante toma el supositorio y con la no dominante separa los glúteos.
10. Solicita al/la paciente que respire profundo, mientras introduce el supositorio con la parte cónica hacia adelante, utilizando el dedo índice para avanzar 7.5 cm aproximadamente en el adulto y 3 cm en el niño, hasta sobrepasar el esfínter anal interno.
11. Mantiene apretados los glúteos del paciente o presionando sobre el ano con una gasa de 10 x 10 cm hasta que ceda la urgencia de defecar.
12. Limpia el exceso de lubricante en la región anal.
13. Solicita al paciente retener el supositorio de 15 a 20 minutos, en caso de niños mantener los glúteos presionados.
14. Se retira los guantes según técnica.

Procedimiento posterior:

15. Deja cómodo al paciente.
16. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
17. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
18. Anota en expediente clínico.

80% equivale a 20 criterios del procedimiento realizados correctamente.



GUÍA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO”

PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para el cumplimiento obligatorio en el llenado del contenido, la composición y estructura del Expediente Clínico.

OBJETIVO

Facilitar al personal de los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, el cumplimiento de la Norma de Manejo del Expediente Clínico.

INTRODUCCIÓN

El expediente clínico registra la información concerniente a la atención en salud de un usuario. El Ministerio de Salud ha actualizado la Norma y elaborado esta Guía que tiene como objetivo homogenizar la estructura del expediente clínico y el registro de la información en el mismo, de tal forma que pueda cumplir con las siguientes funciones; contribuir a la mejora en la calidad de la atención del usuario, ser un instrumento docente y de investigación clínica; y un documento médico - legal y ético.

Los múltiples modelos de expediente clínico y las variaciones en el sistema de anotación son el resultado de la diversidad en el manejo del mismo en los diferentes establecimientos proveedores de servicio de salud y de la no existencia de un sistema de estandarización.

Este documento brinda las pautas para que el expediente clínico tenga una estructura adecuada y uniforme en todas sus anotaciones las que deben ser expresadas en forma coherente, ordenada, legible e inteligible.

DEFINICIONES:

1. **Abandono:** Toda acción mediante la cual el usuario desiste del derecho de la atención médica en cualquier establecimiento proveedor de servicios de salud. Respaldo de un documento con la firma del usuario en donde renuncia a su derecho de la atención en salud.
2. **Alta:** Orden que el profesional de salud comunica a un usuario dando por finalizada su permanencia en un establecimiento proveedor de servicio de salud público o privado.
3. **Atención en Salud:** Conjunto de servicios que se proveen al usuario con el fin de promover, prevenir, restaurar y rehabilitar su salud.
4. **Autoridades en Salud:** Son las personas autorizadas por la Dirección Superior del Ministerio de Salud (MINSA), con funciones, facultades o competencias expresas de expedir o aplicar la regulación sanitaria en materia de políticas de salud en establecimientos públicos y privados.
5. **Condición Clínica:** Estado funcional relacionado con la salud física y mental o el bienestar del usuario.

6. **Consentimiento bajo información o consentimiento informado:** Aceptación, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación. Expresado en el formato establecido por el Ministerio de Salud, que firma el usuario o su representante legal.
7. **Contrarreferencia:** Mecanismo de respuesta a la referencia mediante un informe escrito, donde se expresa el reconocimiento, valoración y tratamiento realizado, así como su resultado e indicaciones que se deben seguir al usuario en su atención original.
8. **Egreso:** Acción mediante la cual el usuario termina su internamiento en un establecimiento proveedor de salud servicio de salud, público o privado ya sea por alta, traslado, abandono, fuga o fallecimiento.
9. **Epicrisis:** Hoja de resumen clínico donde se especifican; diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que el usuario es dado de alta de un servicio de salud.
10. **Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud:** Entidades públicas o privadas, que, estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tienen por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.
11. **Expediente Clínico:** Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios.
12. **Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP):** Conjunto de registros orientados por problemas de acuerdo con el Sistema Médico Orientado al Problemas (SMOP).
13. **Foliación:** Es la enumeración continua y en orden ascendente del expediente clínico desde la primera página que se encuentra inmediatamente después de la portada hasta la última página, como si se tratase de un libro o un cuaderno; los números deben ir ubicados en el centro de la página de cada hoja. Es un procedimiento obligatorio en las auditorias de la calidad de la atención médica y casos médicos legales.
14. **Formato:** Diseño e impresión de cada hoja que se emplea en el expediente clínico y que posee una serie de características y especificaciones debidamente autorizadas y no sujetas a cambios ni modificaciones discrecionales.
15. **Fuga:** Salida voluntaria de un usuario, del establecimiento proveedor de servicio de salud de un usuario sin que el personal de salud involucrado en la atención médica tenga conocimiento de este acto.
16. **Hoja del Expediente Clínico:** Cada una de los diferentes formatos debidamente diseñados e impresos en ambas caras, empleado en el registro de datos de un usuario que recibe atención y de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud (MINSA). Cada hoja tiene su anverso y reverso.

17. **Hospitalización:** Es el internamiento de usuarios para diagnóstico de una enfermedad, recuperación y rehabilitación de su salud; en un establecimiento que brinda servicio de carácter general o especializado, organizado para proveer servicios con atención continua y que posee recursos humanos calificados, estructura física y tecnológica para el cumplimiento de su misión.
18. **Ingreso:** Acción mediante la cual se le brinda atención en salud al usuario mediante un régimen de internación en un período como mínimo de 24 horas.
19. **Interconsulta:** Es la atención colegiada, brindada por especialistas al usuario y a solicitud de una institución o servicio para confirmación diagnóstica e implementación de medidas terapéuticas pertinentes.
20. **Lista de problemas:** Es la hoja básica de entrada de la atención del usuario en el expediente clínico, donde se registran en orden cronológico o de importancia los problemas que presenta al momento de la atención médica.
21. **Manejo del Expediente Clínico:** Todas las acciones y procesos que se llevan a cabo con el expediente clínico de un usuario, desde que se apertura hasta que se archiva el mismo.
22. **Nota:** Es la anotación sobre la evolución clínica del paciente, que registra el profesional de salud en la hoja correspondiente del expediente clínico.
23. **Numeración:** Es el número que escribe el profesional de la salud a cada página en la esquina inferior derecha de la hoja correspondiente a su espacio y sección. Cada sección se enumera por separado.
24. **Personal de salud:** Persona que labora en un establecimiento proveedor de servicios de salud público o privado.
25. **Profesional de la Salud:** Recursos humanos con formación en áreas de la salud en posesión de un título o diploma emitido por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida por la legislación en la materia.
26. **Problema:** Situación clínica que interfiera con la calidad de vida de un usuario o que requiera diagnóstico y manejo posterior. Llámese también a cualquier dificultad para el usuario o el profesional de la salud a cargo de este último, se incluyen los aspectos médicos, psicológicos, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambiental, económico, entre otros.
27. **Referencia:** Mecanismo mediante el cual se traslada a un usuario de un nivel de atención a otro nivel de resolución (mayor o menor) o de un servicio de atención a otro en el mismo establecimiento de salud; para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud.
28. **Resumen Clínico:** Es el registro o documento que contiene un relato breve, conciso y preciso de la evolución y tratamiento de un paciente en un período de tiempo o durante una hospitalización en una institución de salud.
29. **Resumen Final:** Es el documento elaborado al finalizar la atención médica de un paciente y que debe contener los datos generales, el resumen clínico, los problemas y/o diagnósticos finales y los planes de acuerdo con el manejo del expediente clínico en base a al SMOP.
30. **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
31. **Sección del expediente clínico:** Cada una de las partes en que se divide todo el expediente clínico
32. **Secciones del Expediente Clínico:** Se refiere a las partes o separaciones en que está dividido el expediente, las cuales tienen un carácter administrativo,

con la finalidad de ordenar y clasificar las diferentes hojas de registros médicos y paramédicos, de acuerdo con el proceso asistencial empleado.

33. Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP): Método de abordaje médico caracterizado por un conjunto ordenado de los registros de los problemas orientados de acuerdo con el método clínico, el cual está sustentado por el método científico.

34. Traslado: Equivale a referencia.

35. Usuario: Toda aquella persona que solicita o recibe servicios de atención en salud.

36. Valoración: Procedimiento mediante el cual un profesional de la salud realiza un reconocimiento de un problema específico de un usuario, con la obligación de emitir un juicio diagnóstico, hacer una estimación del caso y dar sus respectivos planes y recomendaciones.

Manejo del Expediente Clínico por el Profesional y Personal de Salud:

1. Orden del Expediente Clínico:

a) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente:

Consulta Ambulatoria

- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.
- Referencia y/o Contrarreferencia.
- Hoja de interconsulta y tránsito del usuario.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Notas de enfermería.
- Historia Clínica General.
- Consentimientos informados.
- Hoja de identificación del usuario.
- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada).

b) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalización:

Consulta Ambulatoria

- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Notas de evolución para nuevas consultas
- Epicrisis.
- Constancia de Abandono.
- Registro de admisión y egreso.
- Notas de evolución y tratamiento durante la hospitalización.

- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Servicio de emergencias.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia Clínica General.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Nota operatoria.
- Control pre y postoperatorio.
- Registro de anestesia.
- Recuento de compresas.
- Registro gráfico.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Transferencia y contrarreferencia.
- Interconsulta y tránsito del usuario.
- Consentimiento informado.
- Reporte de laboratorios y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Todas las hojas o formatos deben llevar datos de identidad del usuario: nombre, número de expediente, ubicación (servicio, cubículo, cama), nombre y perfil del profesional que atiende al usuario, hora y fecha de la nota, deben llevar la firma y el sello del profesional de la salud que las realice y así como el nombre del establecimiento proveedor de servicio de salud.

En hospitalización:

- Carpeta.
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Registro gráfico de signos vitales.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia clínica.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Control pre operatorio.
- Nota operatoria.
- Registro de anestesia.
- Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia
- Recuento de compresas.
- Interconsulta y tránsito de usuario.
- Referencia y contrarreferencia.
- Consentimientos informados.
- Registro de admisión y egreso.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Los formatos quirúrgicos, de interconsulta y tránsito de usuario, referencia y contrarreferencia se anexarán cuando el caso lo amerite, considerando el orden antes descrito.

Observación:

- Carpeta.
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Interconsulta y tránsito de usuario.
- Control de medicamentos.
- Notas de enfermería.
- Consentimientos informados.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

2. Estructura de los Componentes del Expediente Clínico:

Carpeta:

Incluye todos los datos referidos en Apertura del Expediente. En casos de hospitalización se coloca al final de todas las hojas.

Porta Expediente: En el caso de hospitalización o estancia en observación se le debe colocar un porta expediente metálico. Debe contener el número de expediente, nombre y apellido del usuario, departamento, nombre del servicio y número de cama en la portada con letra legible.

Lista de Problemas:

- Debe de elaborarse de acuerdo al SMOP y EMOP. Seguir los pasos indicados en la sección de Aspectos Generales del Manejo del Expediente Clínico (Lista de Problemas).
- Se adjunta formato en anexos, el cual debe ir impreso en el reverso de la portada de la carpeta.

Perfil o control fármaco terapéutico:

En este formato se describe las prescripciones farmacológicas durante un período de 24 horas. Los datos deben ser registrados por el personal médico.

Registro Gráfico de Signos Vitales:

Se grafican los signos vitales para facilitar el seguimiento durante la atención a los usuarios hospitalizados. Para registrar se utiliza color azul para los datos obtenidos durante el día y rojo para los obtenidos durante la noche. En esta hoja también se expresa los eliminados por orina y evacuaciones, así como el peso.

Control de signos vitales e ingeridos y eliminados:

Deberá seguir los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y ser llenado por el personal de enfermería que está atendiendo al usuario. En esta hoja se registran los signos

vitales, así como todos los ingeridos y eliminados por todas las vías (oral, parenteral, perdidas por tubos y/o sondas en cavidades, otros).

Hoja de información de condición diaria del usuario:

Esta hoja es una constancia de que el profesional de la salud le otorga la información de la condición, evolución, diagnóstico y tratamiento del usuario o su representante legal; debe

contener: el nombre del usuario, fecha y hora que se brinda la información, información suministrada, nombre y firma de quien recibe el informe. Será llenada diariamente por un profesional de la salud, en el mejor de los casos el médico tratante.

Registros pre, operatorios y postoperatorios

Valoración cardiológica:

Se le debe realizar a todo paciente mayor de 40 años o aquellos que son portadores de factores de riesgo para eventos cardiovasculares o con antecedentes personales de cardiopatía. Debe ser elaborada por un cardiólogo o en su defecto por un médico internista. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Para realizar la valoración cardiológica el médico debe contar con los siguientes exámenes: biometría hemática completa, glicemia, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax o cualquier otro estudio de gabinete que por la naturaleza de las enfermedades de base del usuario el médico requiera.

Valoración por medicina interna:

Se solicitará por el cirujano tratante cuando exista una condición médica que implique riesgo quirúrgico o cuando el usuario tenga una enfermedad de base que amerite su intervención. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Nota preoperatoria

Deberá ser elaborada por el cirujano que realizará la cirugía y debe contener: datos de identidad del usuario, nombre y apellidos del médico, fecha y hora en que se realiza la nota, fecha de la cirugía, diagnóstico preoperatorio, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, así como pronóstico. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Controles pre y postoperatorio:

Estas actividades se realizan y registran por separado por cada personal de salud involucrado en la atención del usuario. Las actividades, observaciones y notas realizadas por el personal de enfermería se anotarán en la hoja *Nota de Enfermería*; las actividades, observaciones y notas realizadas por el cirujano y anestesiólogos se anotarán en la hoja *Nota de Evolución y Tratamiento*.

Nota operatoria

Deberá elaborarse con los aspectos científicos – técnicos de la operación practicada, y deberá contener: datos de identidad del usuario (nombre y apellidos, expediente, servicio), fecha de la operación, hora de inicio, hora de finalización, tiempo de

duración; nombre/apellido del cirujano, del primer y segundo ayudante, del anestesista, instrumentista y circular. Así mismo deberá describirse tipo de anestesia, diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía efectuada, hallazgos transoperatorios, descripción de la técnica quirúrgica practicada; planes posquirúrgicos; así firma, código y sello del médico que elaboro la nota. Se adjunta formato.

Anestesia:

Nota preanestésica:

La nota preanestésica será elaborada en las hojas de evolución y tratamiento por el especialista en anestesiología y que participará en la cirugía. Además de los datos generales del usuario y del establecimiento de salud, esta nota debe contener la clasificación del riesgo anestésico, exámenes preoperatorios de rutinas (biometría hemática completa, glicemia, creatinina, tipo y Rh, pruebas de coagulación sanguínea) o especiales que hayan sido solicitados, estudios de imagen, solicitud de sangre, así como la técnica de anestesia propuesta. Siempre debe llevar firma, código y sello del médico.

Registro de Anestesia:

Este formato es llenado por el anesthesiologo y contiene además de la identificación del usuario, la hora de inicio de anestesia, los signos vitales durante toda la cirugía y automatismo respiratorio, una escala de recuperación de anestesia que incluye el estado de conciencia, circulación, respiración, coloración y movilidad, total de diuresis durante el trans-operatorio y el aproximado de pérdidas hemáticas. En este documento se escribe los datos de técnica y metodología de la anestesia utilizada, los líquidos y hemoderivados que se administraron, operación efectuada, los nombres del equipo quirúrgico y posición en que se colocó al usuario para la intervención quirúrgica. También deberá registrarse los cuidados postoperatorios inmediatos y la valoración postanestésica a las 24 horas. Debe contener el nombre completo, firma, código y sello del especialista.

Recuento de compresas

Debe seguir y utilizar el formato oficial establecidos por las autoridades de Salud. Se debe describir el tipo de sutura y cantidad utilizada.

Historia Clínica General

Seguir la metodología del SMOP y EMOP. La Historia Clínica es una reseña ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos por el usuario, que permiten emitir un diagnóstico aproximado de la situación actual. Siempre debe ser elaborada por un profesional de la salud, en el mejor de los casos por un médico.

Objetivos de la Historia Clínica:

1. Organizar y registrar todos los datos que ayudarán al diagnóstico y plan terapéutico.
2. Proporcionar un relato claro, objetivo y ordenado del estado de salud del usuario.
3. Servir de documento o libro particular del usuario.
4. Constituir un registro legal de los problemas y cuidados.

La historia clínica debe realizarse siempre que un usuario acuda por primera vez a un establecimiento proveedor de servicio de salud. Deberá actualizarse anualmente o cuando lo amerite el caso.

Contenido de la Historia Clínica:

1. Anamnesis: Llamado también interrogatorio. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en el formato anexo, incluye:
 - a. Antecedentes personales y familiares patológicos.
 - b. Antecedentes personales no patológicos.
 - c. Antecedentes laborales.
 - d. Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.
 - e. Revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados.
 - f. Otros datos relevantes que el profesional de la salud considere necesario.
 - g. Todos aquellos formatos que formen parte de la historia deben ser anexados en esta sección. En los casos de la atención del niño menor de 5 años y la mujer embarazada se incorporará los formatos establecidos en las normas de atención.
2. Examen físico: Se registrará los hallazgos normales y anormales, comentándose de forma adecuada, completa y objetiva.
3. Impresión diagnóstica: Debe fundamentarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y exámenes complementarios

Referencia y Contrarreferencia de Usuario

Formato establecido por el Ministerio de Salud para derivar al usuario a otro nivel de resolución cuando amerite el caso.

Hoja de Atención en Emergencia

La nota de emergencia debe llevar los datos de identidad del usuario, así como la información del médico que realiza esta nota, el motivo de consulta y quejas principales, la historia de la enfermedad actual, examen físico, análisis o avalúo, planes, firma y sello del médico que elaboró la nota. Se adjunta formato.

Nota de ingreso

La nota de ingreso que se realiza en el servicio de emergencia o consulta externa, no debe ser redundante y tiene que informar explícitamente la atención brindada en dicho sitio y el motivo de ingreso. Es independiente de la nota de recibo por lo tanto se deben elaborar por separado.

La nota de ingreso se elabora en la hoja de evolución y tratamiento y debe de llevar:

- Nombre, apellidos y especialidad del médico que la(s) realiza(n).
- Resumen de los datos del interrogatorio y el examen físico relacionados al motivo del ingreso.
- Resultados de laboratorio y de exámenes especiales relacionados a la causa del ingreso.

- Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- Firma y sello del médico que la realiza.

Nota de recibo

Expresa las condiciones en que se recibe al usuario en la sala de hospitalización e implica un abordaje integral de los problemas. Siempre debe de elaborarse por separado de la nota de ingreso independientemente del tiempo que transcurra entre una nota y otra.

Cada problema abordado en la nota de recibo debe ser evaluado de acuerdo al SOAP. La nota de recibo se realiza en la hoja de evolución y tratamiento y debe de llevar:

- Nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza.
- Número y nombre del problema que se evoluciona.
- Resultados de laboratorio y de exámenes especiales enviados al ingreso.
- Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- Firma y sello del médico que la realiza.

Notas de Evolución y Tratamiento:

Debe realizarse de acuerdo a lo indicado por el SMOP y EMOP. El profesional de la salud debe escribir en cada una de las hojas el nombre del establecimiento de salud, nombre completo del usuario y número de expediente. En cada nota debe registrarse la fecha y hora en que se realiza, el nombre, apellidos, especialidad del(los) profesional(es) que participan en la evolución nombre del problema que se evoluciona y firma y sello del profesional que la realiza.

Nota de Consulta Externa:

La nota de consulta externa debe seguir los pasos indicado por el SMOP y EMOP, esta información es registrada en las hojas evolución y tratamiento.

Reporte de Laboratorio y Medios Diagnósticos

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos y/o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado al usuario. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido que se encuentra en el reverso de la contraportada de la carpeta.

Solicitud de interconsulta y tránsito de usuario:

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud.

Control de medicamentos

En este formato se registran los medicamentos que se administran al usuario durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de medicamentos prescritos y aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos.

Nota de enfermería

Deberá elaborarse por el personal de enfermería según la frecuencia pre-establecida u órdenes del profesional de la salud. En cada hoja debe registrarse el nombre completo del usuario y número de expediente; nombre de establecimiento y servicio de atención. En cada nota se debe consignar: la fecha y hora de elaboración, nombre del personal de enfermería que la realiza, condiciones en que se recibe al usuario, signos vitales, administración de medicamentos con su fecha, hora, cantidad y vía, problemas que se presentan durante la atención, procedimientos realizados, condiciones en que se entrega al usuario, observaciones, firma y código del personal.

Es el registro de las observaciones y atenciones prestada al usuario por el personal de enfermería. Constituye un medio de comunicación eficaz entre estos últimos y el personal médico, ya que se anota la condición del usuario y tratamiento realizado siguiendo las prescripciones del médico. La frecuencia con que se escribe la nota depende del estado del usuario y veces que amerite atención. Ver en anexo.

Registro de Admisión y Egreso Hospitalario

Debe utilizarse el formato establecido por el Ministerio de Salud. Debe ser llenada por el médico que ingresa y/o egresa al usuario del establecimiento de salud. Ver en anexo.

Hoja de identificación del usuario

Registra los datos generales del usuario, así como los datos del(os) representante(s) legal(es) o los contactos en casos de emergencia; para ello existe un formato establecido por el Ministerio de Salud.

Consentimiento informado

De acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud es un derecho de los y las usuarias o su representante legal a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos.

El consentimiento informado es un documento que protege en su salud al usuario y legalmente al personal y establecimiento. Este documento se sujetará a los requisitos previstos en los reglamentos y leyes vigentes, serán revocables cuando el usuario lo decida.

El consentimiento informado deberá constar por escrito por parte del usuario salvo las siguientes excepciones:

- Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
- Cuando el usuario esté incapacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.

- Cuando la emergencia no permita demoras que pueden ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- La negativa por escrito a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de la salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario su alta voluntaria.

El médico debe proporcionar de forma clara, sencilla y comprensible al usuario la siguiente información:

- Consecuencias seguras y relevantes de la intervención diagnóstica o terapéutica que vaya a realizarse.
- Riesgos típicos o previsibles.
- Riesgos infrecuentes, pero no excepcionales, que tengan la consideración clínica de muy graves.
- Riesgos que implica el no practicar la intervención.

Todo consentimiento informado debe contener como mínimo:

- Datos generales del usuario o su representante legal.
- Datos del establecimiento de salud.
- Datos del médico que proporciona la información.
- Acto(s) médico autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Nombre completo y firma de los testigos.
- Firma del usuario.

Nunca debe faltar el consentimiento informado en las siguientes situaciones:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Procedimientos gineco-obstétricos.
- Necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que conlleve a mutilación.

El número de consentimientos informados va a ser acorde al número de procedimientos o actos médicos que amerite el usuario durante su estancia en el establecimiento de salud, así como de la condición o estado de salud en que este se encuentre. Durante una hospitalización o un proceso de atención el número de consentimiento informado puede ser mayor a uno si el médico y el usuario los considera conveniente y necesario.

Epicrisis

Este documento pertenece y se entrega el original al usuario al momento del egreso. Debe anexarse una copia al expediente. Contiene los datos de identificación del usuario, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico al egreso, resultados de exámenes que fundamentaron el diagnóstico, tratamiento (incluye procedimientos quirúrgicos), padecimiento que se descartaron, complicaciones y recomendaciones, nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de contrarreferencia.

Nota de Defunción

Se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, incluye los datos de identificación del usuario, fecha y hora en que se realiza la nota, nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza, resumen clínico del o los problemas que presentaba el usuario, causa de la muerte clasificada en: directa, intermedia, y básica de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades vigente (CIE), hora y fecha de fallecimiento, si se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, describirlas, si no se realizaron maniobras de resucitación, explicar por qué. Se incluye la firma y sello del médico que realiza.

Certificado de Defunción:

El certificado de defunción se llenará en formato ya establecido por el Ministerio de Salud por el médico que atendió su deceso, debe tener dos copias y una de ellas debe quedar en el expediente. Ver anexo.

Constancia de Abandono:

Es el documento por medio del cual el usuario o persona adecuada que lo represente, solicita el egreso del establecimiento de salud sin autorización del Médico tratante, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá contener lo siguiente: fecha y hora de abandono, nombre completo del usuario o familiar y parentesco (si este fuera el caso), número de cédula y firma de quien solicita el abandono, problemas y/o diagnóstico del usuario, resumen de las consecuencias y/o complicaciones que se pudieran originar del abandono, nombre completo, firma y número de cédula de dos testigos.

Bibliografía:

Guía de evaluación de destrezas Básicas de Enfermería
([https://es.scribd.com/doc/307109673/ion-Fundación UNO](https://es.scribd.com/doc/307109673/ion-Fundación%20UNO))

Norma para el manejo del expediente clínico normativa 004 (MINSA mayo 2008)

