




CAPÍTULO IX



**Procedimientos
sobre el control
de fármacos**

9.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN

• **Definición:**

Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

• **Objetivos:**

- Proporcionar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Disminuir el riesgo de reacciones anafilácticas.
- Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.

• **Equipo:**

Equipo necesario para la preparación y administración de medicación según la vía de administración.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la prescripción.
- Material necesario para preparar y administrar la medicación según el tipo de vía a utilizar.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar fármaco prescrito, dosis, vía, caducidad del medicamento, nombre del paciente, posibles alergias del paciente y estabilidad del fármaco.
- Preparar la medicación.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar los datos de la pulsera de identificación del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos y si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
- Revisar con el paciente y familia los tipos y dosis de medicación habitual que toma el paciente.

- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Enseñar al paciente y familia la acción deseada y los efectos secundarios posibles de los fármacos.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede.
- Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que pueda tener su uso sobre la medicación.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: conceptos generales. [actualizada 5/10/2004; citado en 23 octubre del 2006] Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/conceptos.asp>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2. NORMAS GENERALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

• **Definición:**

Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

Equipo necesario para la preparación y administración de medicación según la vía de administración.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la prescripción.
- Material necesario para preparar y administrar la medicación según el tipo de vía a utilizar.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Verificar la orden médica antes de administrar el fármaco.
- Comprobar que la prescripción médica escrita contiene: nombre del paciente, fecha de la prescripción, nombre y dosis del fármaco a administrar, vía de administración, frecuencia, firma del médico que prescribe. La prescripción médica debe ser clara, ante cualquier duda consultar con el médico.
- Programar los horarios de administración según protocolo conjunto con el servicio de farmacia.
- Comprobar la existencia de alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
- Preparar la medicación de cada paciente por separado.
- Preparar los medicamentos utilizando el material y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación.
- Verificar el buen estado del medicamento, caducidad e identificación del fármaco.
- Rechazar la medicación abierta y los comprimidos rotos.
- Cuando se trate de medicación parenteral, utilizar agujas distintas en la preparación y en la administración.
- Los viales de múltiples usos (insulinas, etc.) serán desinfectados antes de su uso con antiséptico sobre el tapón. La medicación parenteral puede venir presentada para administrarla directamente o mezclarla previamente con un disolvente. Los pasos para conseguir la mezcla son:
 1. Cargar el disolvente en la jeringuilla.
 2. Introducir la cantidad de disolvente indicada en el recipiente que contiene el fármaco.
 3. Homogeneizar la solución (no agitar la mezcla, rotar el recipiente entre las manos).
 4. Cargar la solución nuevamente en la jeringuilla.
- Asegurarse de nuevo que el fármaco, dosis, vía, frecuencia y hora de administración es la correcta.
- Comprobar que el paciente que va a recibir la medicación es el paciente correcto. En niños verificar con los padres la identidad, en pacientes desorientados o inconscientes con el brazalete.

- Preparar la medicación.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Proceder a la desinfección alcohólica de las manos.
- Colocarse los guantes.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.
- Permanecer con el paciente mientras toma la medicación.
- Instruir al paciente y familia en el manejo de la medicación: dosis, horarios, forma de administración, si procede (medicación oral, tópica, rectal e inhaladores)
- Instruir al paciente y familia acerca de la acción y efectos adversos esperados de la medicación.
- Si el paciente rechaza la medicación, anotarlo en la documentación de enfermería y comunicarlo al médico.
- Recoger el material y desecharlo a los contenedores específicos según criterios de segregación de residuos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente. La firma en la hoja de administración de medicación debe identificar claramente al profesional de enfermería.

• **Observaciones:**

- Si el paciente es un niño: mejor utilizar jarabes de sabor dulce que comprimidos. Evitar mezclar los medicamentos con la comida y si el medicamento tiene un sabor extraño decírselo.
- Si el paciente es un anciano pueden presentarse problemas relacionados con los cambios fisiológicos de la edad:
 1. Memoria alterada.
 2. Menor agudeza visual e hipoacusia
 3. Disminución de la función renal: que provoca una eliminación más lenta de los fármacos y aumento de sus concentraciones en sangre.
 4. Absorción incompleta.
 5. Aumento de la proporción de grasas en la masa corporal, facilitando la retención de los fármacos liposolubles por que aumenta la toxicidad.
 6. Respuesta menor a una misma concentración del fármaco en comparación con personas más jóvenes.
- En situaciones especiales, las órdenes verbales se firmarán por el médico antes de las 24 horas, se registrará por la enfermera en la hoja de cuidados poniendo el nombre del médico que la prescribe y el nombre de la enfermera.
- Verificar que la dosis del fármaco no sobrepase los límites de seguridad.

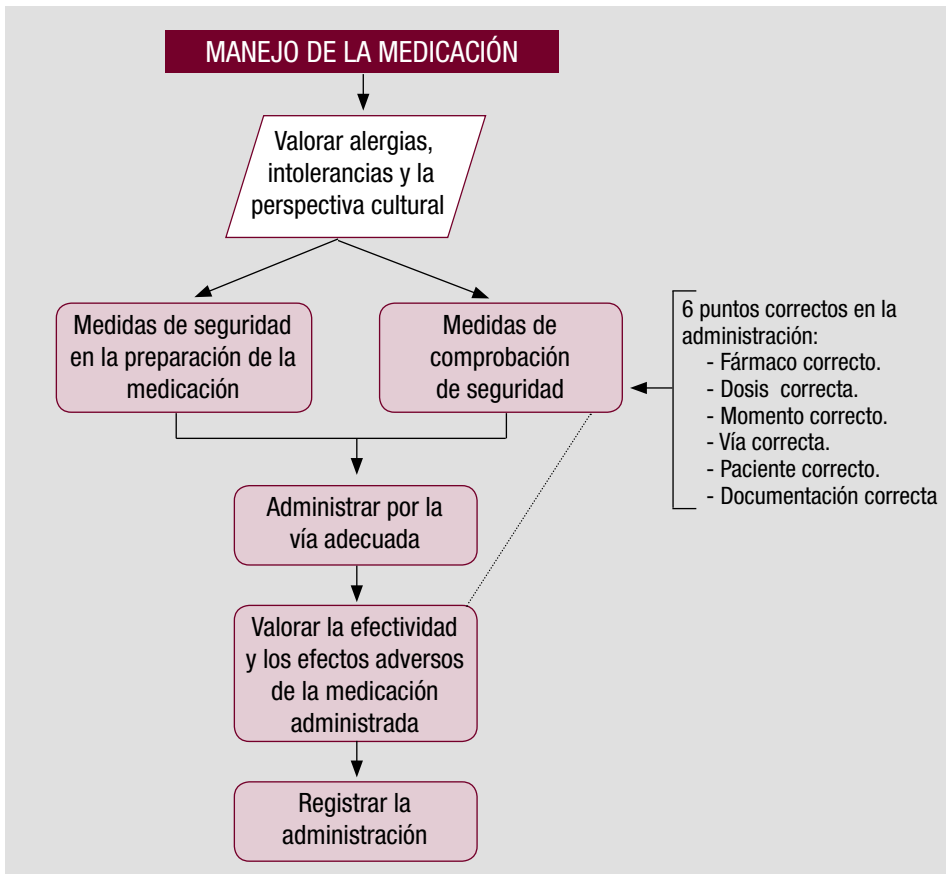
• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: conceptos generales. [actualizada 5/10/2004; citado en 23 octubre del 2006] Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/conceptos.asp>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

MAPA CONCEPTUAL: MANEJO DE LA MEDICACIÓN



9.2.1. Administración de medicación por vía oral

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía oral y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oral en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

Carro o batea de medicación.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Jeringas dosificadoras.
- Vasos para líquidos.
- Vasitos de unidosis.
- Cañitas flexibles (pajitas).
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Seguir normas generales de administración de medicación.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Valorar la capacidad de deglución del paciente. Si está disminuida, valorar otras vías de administración.
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida, si procede.
- Proporcionar al paciente agua u otro líquido para tragar la medicación.
- Asegurarse de que la medicación ha sido ingerida por el paciente.
- Vigilar posibles aspiraciones del paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.

- Retirarse los guantes
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Para la administración de medicamentos por vía oral en lactantes la jeringa o el cuentagotas son los instrumentos más adecuados. Poner pequeñas cantidades de líquido o lo largo de los lados de la boca del lactante. Para prevenir la aspiración e impedir que el niño escupa el medicamento, esperar hasta que lo degluta antes de administrar más cantidad.
- Los niños que tomen medicamentos edulcorados durante mucho tiempo deben lavarse la boca tras la administración del fármaco, debido al elevado riesgo de caries dental.
- Los medicamentos que provocan erosión de la mucosa gástrica se administrarán con las comidas y nunca inmediatamente antes de acostarse.
- Valorar la influencia de los alimentos en la absorción del medicamento.
- Existen varios tipos de presentaciones de los medicamentos por vía oral:
 - a) Comprimidos: Preservar de la humedad, luz y aire. Las formas de liberación controlada o los comprimidos con recubrimiento entérico no triturar ni diluir. Los comprimidos efervescentes hay que diluirlos totalmente.
 - b) Grageas y cápsulas: No triturar ni retirar la cápsula protectora. No administrar con leche o alcalinos pues disuelven la cobertura protectora. Administrar con estómago vacío y abundante agua para que llegue antes al intestino.
 - c) Polvos: una vez disueltos administrarlos.
 - d) Jarabes: si se toma con otros medicamentos, tomar el jarabe en último lugar.
 - e) Suspensiones: agitar bien antes de administrar y las suspensiones antiácidas no deben diluirse.
 - f) Liotab: un preparado plano, redondeado u oval que se disuelve en la boca y libera un fármaco.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.2. Administración de medicación por vía sublingual

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía sublingual y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía sublingual en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

Carro o batea de medicación.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Jeringas dosificadoras.
- 1 Aguja.
- Vasitos de unidosis.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.

- Colocar la medicación debajo de la lengua del paciente.
- Indicar al paciente que mantenga la medicación bajo la lengua hasta que se disuelva.
- Vigilar que no se trague ni mastique la medicación.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si el paciente tiene prótesis dental, serán retiradas o asegurarse que esta bien sujeta.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.3. Administración de medicación por sonda nasogástrica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por sonda nasogástrica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por sonda nasogástrica en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

- **Equipo:**

- Batea.
- Fonendoscopio.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Pinza de clamp desechable.
- Guantes desechables.
- 1 Jeringa de 50 c.c.
- Sonda nasogástrica
- 1 Vaso para líquidos.
- Agua, zumo, etc.
- Vasitos de monodosis.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Consultar al servicio de farmacia el preparado para administrar por sonda nasogástrica.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación. Las formas orales de los fármacos pueden ser:



1. Comprimidos normales: se pueden triturar hasta polvo fino o desleír en agua.
 2. Comprimidos de liberación retardada: no deben triturarse.
 3. Comprimidos con cubierta entérica: no deben triturarse.
 4. Comprimidos efervescentes: deben disolverse en agua antes de administrar. Administrar al terminar la efervescencia.
 5. Comprimidos sublinguales: su administración por sonda no es recomendable.
 6. Cápsulas de gelatina: en general pueden abrirse, mezclar su contenido en agua y administrar.
 7. Jarabes, soluciones: es la mejor forma de administración por sonda nasogástrica.
- **Técnicas para la preparación y administración por sonda nasogástrica:**
 1. Triturar y disolver: Machacar el comprimido con mortero hasta reducir a polvo homogéneo. Introducir el polvo en una jeringa de 50 ml. Añadir de 15-30 ml. de agua templada y agitar.
 2. Desleír y disolver: Introducir el comprimido sin necesidad de triturar en la jeringa de 50 ml. Añadir 15-30 ml de agua templada y agitar.
 - Colocar al paciente en posición Fowler o semi-fowler.

- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Comprobar la colocación y permeabilidad de la sonda con el fonendoscopio.
- Pinzar la sonda y colocar el cono de la jeringa en la conexión de la sonda.
- Despinzar la sonda y permitir que el agua entre por gravedad, para ello retirar el émbolo de la jeringa.
- Lavar la sonda nasogástrica con 10 c.c. de agua.
- Verter el contenido de la medicación en la jeringa dejando que caiga por gravedad.
- Añadir de 10-20 c.c. de agua para lavar la sonda (5-10 c.c. en niños) tras la medicación.
- Si la medicación no pasa por gravedad, se utilizará el émbolo de la jeringa.
- Pinzar la sonda nasogástrica y retirar la jeringa.
- Mantener pinzada la sonda 1 hora para que se absorba la medicación.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En pacientes con nutrición enteral no añadir el medicamento a la fórmula para evitar interacciones.
- En caso de que los medicamentos prescritos no se puedan triturar o diluir por sus características propias, se comunicará al médico para una posible sustitución de la medicación o cambio de vía.
- No administrar los jarabes en bolo en el intestino pues puede ocasionar diarrea osmótica.
- Los lavados de la sonda se deben efectuar con agua tibia para evitar la formación de grumos y posible obstrucción.
- No mezclar distintos medicamentos simultáneamente en la misma jeringa.

• **Bibliografía:**

- Martínez López I, Puigventós F. Guía de administración de medicamentos. Administración de medicamentos por sonda nasogástrica.[monografía en internet] Hospital Universitario de Son Dureta.2004[citado diciembre 2006] Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/VADGUIAFAR2004Sonda.pdf>
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.4. Administración de medicación por vía rectal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía rectal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía rectal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Toalla.
- Sábana.
- Ver equipo de higiene de los genitales.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médica de la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Gasas no estériles.
- Jabón neutro.
- Lubricante, compatible con el medicamento.
- Ver material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar la presencia de estreñimiento, diarrea y la habilidad del paciente para retener supositorio o enema.

- Colocar al paciente en posición Sims.
- Cubrir al paciente con una sábana y dejar las nalgas del paciente libres.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Examinar el ano y realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Lubricar el supositorio o cánula en el extremo.
- Pedir al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas por la boca.
- Separar las nalgas con la mano no dominante.
- Introducir suavemente el supositorio o cánula a través del ano a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca. Introducir de 2,5 a 5 cm.
- Indicar al paciente que permanezca en posición horizontal o de lado unos 5 minutos y que retenga la medicación unos 20 minutos.
- Limpiar la zona anal con gasas.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Mantener los supositorios en la nevera.
- Los enemas o supositorios laxantes se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Si se ha de administrar un supositorio de una dosis menor de la presentación, cortar el supositorio de forma longitudinal.

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración de medicamentos por vía rectal: el supositorio. [monografía en Internet][actualizado en 20/10/2004;citado 4 octubre 2006] .Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaRectal.pdf>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.5. Administración de medicación por vía tópica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía tópica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía tópica con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Toalla.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Gasas no estériles.
- Jabón neutro.
- Aplicador o depresor.
- Vendas.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos.
- Esponjas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.

- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
- Retirar los restos de medicación y limpiar la piel con agua jabonosa, aclarar y secar sin friccionar.
- Aplicar el fármaco tópico según el tipo de preparado cutáneo:
 1. Polvo: Comprobar que la superficie cutánea está seca. Separar los pliegues cutáneos y espolvorear la zona hasta que quede cubierta por una capa fina y delgada. Cubrir con apósito si esta indicado.
 2. Suspensión en forma de loción: Agitar el envase antes de usarlo para distribuir las partículas. Poner una pequeña cantidad de loción en una gasa y aplicarla sobre la piel, frotando de manera uniforme en dirección del vello.
 3. Cremas, pomadas, pastas y lociones oleosas: Calentar y ablandar el preparado con las manos enguantadas para facilitar su aplicación. Extenderla sobre la piel en la dirección del crecimiento del vello. Explicar al paciente que tras su aplicación la piel puede parecer grasienta.
 4. Aerosol: Agitar bien el envase para mezclar el contenido. Mantener el envase a la distancia recomendada de la zona a tratar (en general de 15 a 30 cm). Si el aerosol se va administrar en la parte superior del tórax o cuello, proteger la cara del paciente. Rociar el medicamento sobre la zona a tratar.
 5. Parches transdérmicos: Seleccionar una zona limpia, seca y sin pelo. Retirar el parche del envase que lo protege sosteniéndolo sin tocar sus bordes adhesivos y aplicar presionando con fuerza con la palma de la mano unos 10 segundos. Retirar el parche cuando este indicado, plegando hacia dentro el lado que contiene la medicación.
- Cubrir la zona con vendaje y apósito si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si la piel de la zona de aplicación está intacta se usará guantes desechables, pero si existe rotura de la integridad de la piel, el procedimiento se realizará mediante técnica estéril.

- Los parches transdérmicos hay que administrarlos siempre a la misma hora y alternando las zonas de aplicación par evitar la irritación cutánea.

- **Bibliografía:**

- Bibliografía General

- **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.6. Administración de medicación por vía oftálmica

- **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía oftálmica y evaluación de la respuesta del paciente.

- **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oftálmica con fines terapéuticos y diagnósticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

- **Equipo:**

- Batea.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Jeringa.
- Suero salino fisiológico.
- Apósitos.
- Ver material del procedimiento de lavado de los ojos.
- Esparadrapo antialérgico.

- Apósitos oftálmicos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar al paciente y familia su colaboración.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Utilizar de forma individualizada todo fármaco oftálmico etiquetando el envase con el nombre del paciente y fecha de apertura. Utilizar un frasco para cada ojo.
- Colocar al paciente en posición sentado o decúbito supino con el cuello en leve hiperextensión.
- Indicar al paciente que mire hacia arriba.
- Realizar higiene de los ojos.
- Desechar la primera gota o primera porción de la pomada antes de instilar el tratamiento.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival.
- Aplicar el medicamento:
 - a) Colirio: instilar el número de gotas prescrito en el centro del fondo de saco conjuntival inferior e indicar al paciente que cierre los ojos. Con una gasa apretar el conducto lacrimal durante 30 segundos. Para prevenir el rebosamiento hacia las vías nasales y faringe.
 - b) Pomada : aplicar un cordón fino de pomada sobre la conjuntiva a lo largo del borde interno del párpado inferior, desde el ángulo interno al externo. Indicar al paciente que mantenga el ojo cerrado.
- Limpiar el exceso de medicación y de secreciones con una gasa estéril desde el ángulo interno al externo.
- Colocar apósito oftálmico si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- El fármaco debe estar a temperatura ambiente antes de su administración.
- Con respecto a los colirios, su período de caducidad una vez abiertos es de 1 mes. Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5 minutos.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.7. Administración de medicación por vía ótica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía ótica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía ótica con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Suero salino fisiológico.
- Torundas de algodón.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición decúbito lateral con el oído afecto al descubierto, siempre que sea posible.
- Poner recto el canal auditivo tirando del pabellón auricular hacia atrás y afuera. Hacia atrás en los niños y hacia atrás y hacia abajo en lactantes.
- Limpiar suavemente con una torunda de algodón empapada en suero fisiológico la parte más externa del canal auditivo.
- Instilar las gotas prescritas a la temperatura corporal, colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo. Presionar suavemente en el trago.
- Indicar al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos e indicarle que no se coloque gasas o algodones en el conducto auditivo.
- Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

El fármaco debe estar a temperatura corporal de lo contrario podría provocar vértigo.

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración de medicamentos por vía ótica.[monografía en Internet][actualizado en 03/01/2005; citado en 30 noviembre 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaOtica/viaOtica.pdf>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.8. Administración de medicación por vía inhalatoria

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía inhalatoria y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía inhalatoria con fines terapéuticos.
- Humidificar la vía aérea.
- Educar al paciente y familia en el uso y manejo de los inhaladores.

• Equipo:

- Batea.
- Toma de oxígeno de pared.
- Caudalímetro.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Suero salino fisiológico.
- 1 Mascarilla de oxígeno
- 1 Jeringa.
- Nebulizador.
- Bolsa de residuos.
- 1 Cámara de inhalador.
- 1 Vaso.
- Antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluido en agua.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición Fowler.
- Si es un nebulizador de pequeño volumen (aerosolterapia):
 - a) Diluir el fármaco en 3-4 ml de suero fisiológico.

- b) Ajustar la mascarilla a la boca-nariz o estoma (si está traqueostomizado) del paciente. Evitar los puntos de presión y erosiones de la piel.
 - c) Conectar cazoleta nebulizadora a la toma de oxígeno.
 - d) Introducir medicación en la cazoleta.
 - e) Conectar el oxígeno a 6-8 l/min.
 - f) Comprobar la correcta salida de vaho por la mascarilla.
 - g) Mantener la mascarilla de 10-15 minutos.
 - h) Explicar al paciente que realice una respiración pausada y a volumen corriente.
 - i) Retirar la mascarilla y limpiarla.
 - j) Cambiar a diario el equipo nebulizador.
 - k) Limpiar la piel facial o la zona de alrededor del estoma del paciente.
 - l) Realizar higiene bucal del paciente con antiséptico bucal.
- Si son inhaladores presurizados de dosis controlada (MDI):
- a) Agitar el inhalador para mezclar su contenido.
 - b) Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización, situarlo en posición vertical.
 - c) Pedirle al paciente que realice una espiración lenta y profunda.
 - d) Inhalador presurizado: inhaladores de dosis controladas:
- Colocar el inhalador en posición invertida.
 - Colocar la boquilla del cartucho en la boca, sellando los labios alrededor de ella sin interponer los dientes. En caso de ser un paciente traqueostomizado se utilizará una cámara espaciadora o inhalatoria.
 - Inspirar lentamente por la boca.
 - una vez iniciada la inspiración presionar el cartucho (una sola vez) y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. Es muy importante efectuar la pulsación después de haber iniciado la inspiración.
 - El paciente deberá seguir tomando aire lenta y profundamente hasta llenar los pulmones.
 - Retirar el inhalador de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
 - Si se ha de administrar más dosis del mismo aerosol o de otro, esperar un mínimo de 30 segundos entre cada toma.
 - Si se utiliza cámara: acoplar el cartucho en el orificio de la cámara, colocar la boquilla de la cámara totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor o bien acoplando la mascarilla facial sobre la zona oronasal, en el caso de niños pequeños. Efectuar una inspiración lenta y profunda. Efectuar una pulsación del dosificador y pedir al paciente que realice una inspiración profunda del aire de la cámara. Retirar la cámara de la boca y mantener la respiración 10 segundos. Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar la dosis administrada. Las cámaras pueden lavarse con agua templada y detergente suave al menos una vez a la semana.

- e) Dispositivos de polvo seco : se pueden dividir en:
1. Sistema monodosis Aerolizer®: Desenroscar y retirar la capucha blanca que cubre al inhalador. Sujetar el inhalador en posición vertical. Girar la parte inferior en sentido contrario al de las agujas del reloj y colocar en su interior una cápsula con el fármaco. A continuación girar cerrando el sistema. Presionar las pestañas laterales asegurándose de haber perforado la cápsula. Colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios sobre la misma estando ésta en posición vertical o ligeramente inclinada. Aspirar enérgica y profundamente. Mantener una apnea de unos 10 segundos.
 2. Sistema monodosis Spinhaler®: Abrir el inhalador levantando la boquilla. Colocar la cápsula en el orificio previsto para ello y cerrar el inhalador. Con la boquilla hacia arriba, apretar el pulsador hasta el fondo. Expulsar el aire por la boca manteniendo el inhalador apartado de la misma. Colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios alrededor de la misma retirando la lengua. Aspirar enérgica y profundamente. Mantener una apnea de unos 10 segundos.
 3. Sistema multidosis Turbuhaler®: Desenroscar y retirar la capucha blanca que cubre al inhalador. Sujetar el inhalador en posición vertical. Girar la parte inferior en sentido contrario al de las agujas del reloj. A continuación girar dicha rosca en el sentido contrario, a favor de las agujas del reloj. Tras dicho movimiento se oirá un clic. Efectuar una espiración lenta y profunda. Colocar la parte superior del inhalador entre los dientes y cerrar los labios sobre la misma. Inspirar por la boca enérgica y profundamente hasta llenar los pulmones. Mantener la respiración unos 10 segundos.
 4. Sistema multidosis Accuhaler®: Deslizar el protector de la pieza bucal. Sujetar el inhalador en posición vertical. Pulsar (apretar) el gatillo lateral hacia abajo y hasta el tope. Efectuar una espiración lenta y profunda. Colocar los labios alrededor de la pieza bucal. Inspirar por la boca enérgica y profundamente hasta llenar los pulmones. Mantener la respiración unos 10 segundos.
 5. Sistema multidosis Easyhaler®: Destapar la boquilla. Situarlo en posición vertical. Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar, moverlo ligeramente y pulsar a fondo. Efectuar una espiración lenta y profunda. Colocar la boquilla del sistema totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor. Inspirar por la boca enérgica y profundamente hasta llenar los pulmones. Mantener la respiración unos 10 segundos.
- Indicar al paciente que se enjuague la boca y haga gargarismos con bicarbonato sódico o antiséptico bucal diluido en agua, sobre todo si el inhalador contiene corticoides.

- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La boquilla del inhalador se debe limpiar todos los días con agua y jabón. La limpieza del dispositivo de polvo seco nunca debe realizarse con agua (excepto el sistema Spinhaler®), la manera correcta consiste en frotar con un paño o papel seco alrededor de la boquilla.
- Cuando se utilice más de un inhalador, utilizar primero el broncodilatador dejando para el final los corticoides.
- Enseñar al paciente y familia la técnica de autoadministración.
- En neonatos con oxígeno en carpa, se fijará el nebulizador sin la mascarilla en el interior de la carpa.

• **Bibliografía**

- Pellicer C, Macián V, Giner J, Chocrón MJ, Pinto M, Ignacio JM. Procedimiento y desinfección de sistemas de inhalación y nebulizadores. Manual SEPAR de procedimientos. Módulo 2. Procedimientos de pruebas funcionales. Ed. Novartis Farmaceutica SA. 2002.
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación del procedimiento**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.9. Administración de medicación por vía nasal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía nasal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía nasal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Suero salino fisiológico.
- 1 Jeringa de 2-5 c.c.
- Bolsa de residuos.
- Gasas estériles.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Indicar al paciente que se suene la nariz antes de la aplicación del medicamento, si no está contraindicado.
- Administración de gotas:
 - a) Colocar al paciente en posición decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás.
 - b) Sujetar la cabeza del enfermo con la mano no dominante y abrir los orificios nasales presionando con suavidad sobre la punta de la nariz. La punta del cuentagotas debe guardar un ángulo de 180° con respecto a la nariz. Pedir al paciente que respire por la boca para evitar estornudos.
 - c) Introducir el cuentagotas 1 cm sin tocar la nariz e instilar las gotas prescritas.
 - d) Mantener la cabeza del paciente en hiperextensión unos minutos.
 - e) Ofrecer toallitas de papel para que se retire los restos de medicación sin sonarse.
- Nebulizador nasal:
 - a) Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado.

- b) Introducir el cartucho de medicación en la nariz, mientras se sella la otra con un dedo.
 - c) Comprimir el envase con los dedos para expulsar la medicación y pedir al paciente que lo inhale al mismo tiempo.
 - d) Mantener la cabeza del paciente inclinada hacia atrás unos minutos.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
 - Recoger el material.
 - Retirarse los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración de medicamentos por vía nasal: las gotas nasales. [monografía en Internet] [actualizado 3/01/2005; citado 24 octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaNasal/viaNasal.pdf>
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.10. Administración de medicación por vía vaginal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía vaginal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía vaginal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Cuña.
- Toalla.
- Equipo de higiene de los genitales.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Compresas.
- Esponjas.
- Jabón neutro.
- Lubricante.
- Bolsa de residuos.
- Gasas estériles.
- Material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición de litotomía.
- Ponerle la cuña.
- Examinar estado del periné, genitales externos y canal vaginal.
- Realizar higiene de los genitales.
- Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.
- Administración de óvulos: 1. Sacar el óvulo del envoltorio. 2. Introducir el óvulo lubricado por la parte redondeada en el canal vaginal metiendo el dedo en su totalidad (8-10 cm)
- Administración de cremas o pomadas:
 1. Rellenar el aplicador con la crema o pomada.
 2. Introducir el aplicador de 5-7 cm dentro del canal vaginal.
 3. Empujar émbolo del aplicador para introducir la medicación.
 4. Retirar el aplicador.
 5. Limpiar restos que hayan quedado en los labios mayores con una gasa.
- Retirar la cuña y poner una compresa a la paciente.

- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Indicar a la paciente que se mantenga acostada 5 minutos tras la administración del medicamento.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.11. Administración de medicación por vía intradérmica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intradérmica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intradérmica con fines diagnósticos.

• **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.

- Guantes desechables.
- 1 Aguja intradérmica.
- 1 Jeringa hipodérmica.
- Torunda algodón.
- Antiséptico incoloro.
- Rotulador
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial).
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado con el codo y el antebrazo extendidos y apoyados en una superficie plana.
- Seleccionar zona de punción y examinar la piel por si hay contusiones, edemas, lesiones. Se utiliza la cara anterior del antebrazo. En niños escápulas, cara anterior y superior del tórax por debajo de las clavículas.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico incoloro. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.
- Insertar la aguja de forma que el bisel quede hacia arriba con un ángulo de 15-20°.
- Avanzar la aguja despacio y paralelamente al tejido cutáneo, de modo que a través de esté podamos ver el bisel de la aguja aproximadamente 3mm.
- Inyectar la medicación lentamente hasta formar una vesícula.
- Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
- No frotar ni dar masaje en la zona.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material punzante y depositarlo en el contenedor según los criterios de segregación de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Se utiliza para el test de la tuberculina (Mantoux) y para la realización de pruebas de alergia. Se administran pequeñas cantidades (0.01-0.1 ml)
- En el Test de la tuberculina, la zona seleccionada para la aplicación debe estar rasurada, con escasa pigmentación, no debe aplicarse encima de una vena (la mejor zona es la región antecubital del antebrazo, a 4 dedos por encima de la articulación de la muñeca). Tras la inyección de la tuberculina rodear con un rotulador la vesícula formada y programar las fechas y horas de lectura de la prueba. Hacer la lectura a las 48 y /o 72 horas. Medir con una regla el diámetro de induración en mm (menor o igual a 5mm→no reacción; 5mm-9mm→dudosa; superior o igual a 9mm→positiva)

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía intradérmica. [monografía en Internet] [actualizado 3/01/2005; citado 24 octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/vialntradermica.pdf>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.12. Administración de medicación por vía subcutánea

• **Definición:**

Preparación y administración de medicamentos prescritos por vía subcutánea y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía subcutánea con fines terapéuticos.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Aguja subcutánea.
- 1 Jeringa de 1 o 2 ml.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Rotulador.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

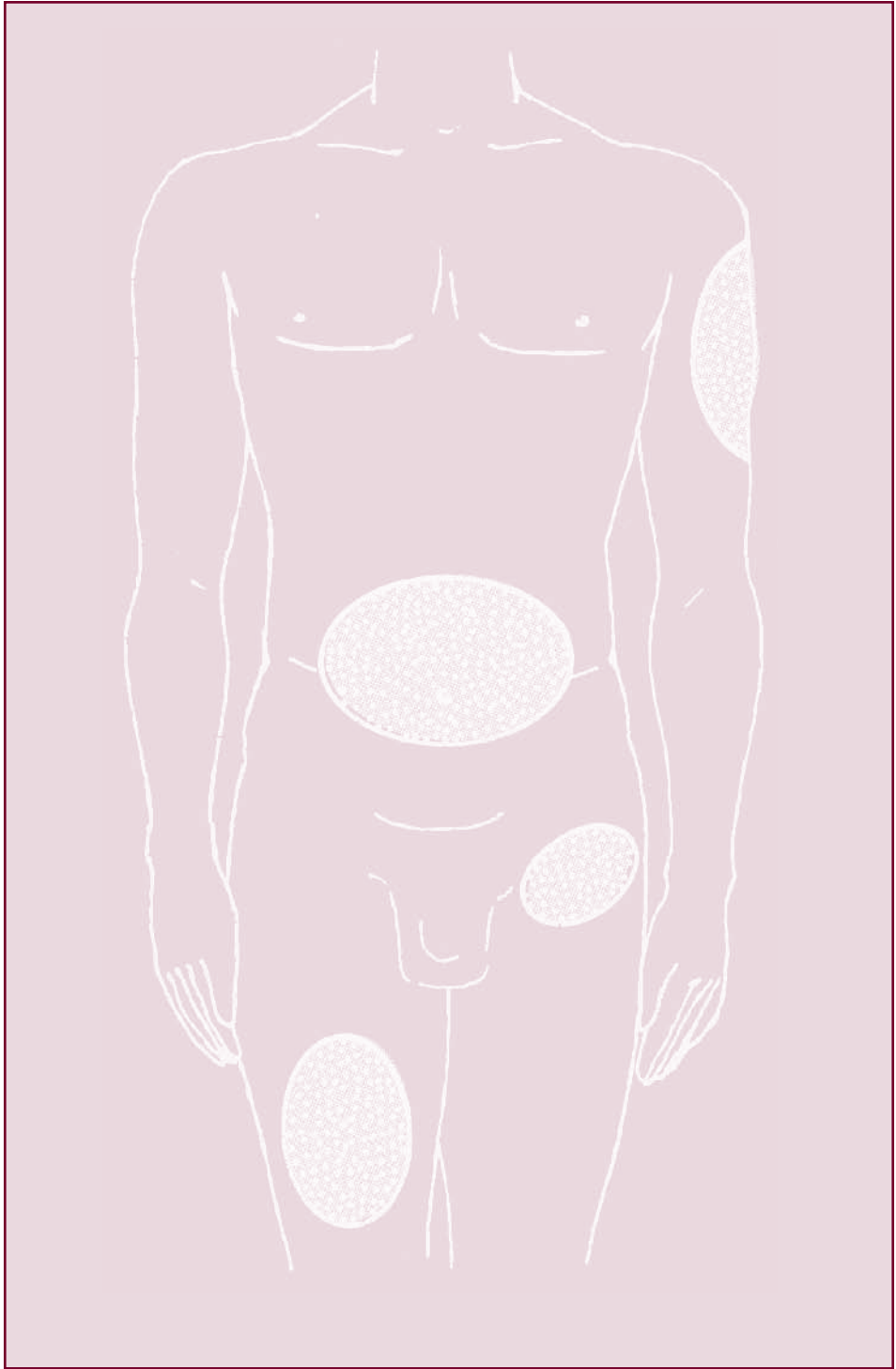
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial).
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de punción.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido.
- Valorar la zona de punción por si hay contusiones, edemas, lesiones, abrasiones o infecciones.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Formar un pliegue cutáneo con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante, si se utiliza ángulo de 90°.
- Sostener jeringa con mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo de 45-90°.
- Aspirar para comprobar que no se ha conectado con un vaso sanguíneo e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja y desechar jeringa y medicación. Repetir el procedimiento)
- Se recomienda no aspirar al administrar heparina e insulina.
- Retirar la aguja y soltar el pliegue cutáneo, aplicar una suave presión sobre la zona de punción (sin friccionar).
- Administración de Heparina Cálctica:

- a) Seleccionar punto de punción (brazo, abdomen y pierna)si es en el abdomen del paciente, por encima del nivel de la espina ilíaca anterior.
 - b) Pellizcar un pliegue de 1,5 cm e introducir la aguja de forma perpendicular , no soltar el pellizco hasta extraer la aguja.
 - c) No aspirar ni aplicar masaje tras la inyección, pues puede originar hematoma.
 - d) En jeringas precargadas no eliminar la burbuja de aire. Introducir todo el aire que esta en la jeringa para asegurar la administración total de la dosis.
 - e) La heparina subcutánea puede producir hemorragias locales al ser inyectadas en brazos y piernas.
 - f) Registrar la zona de punción para rotar en la siguiente dosis.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor según criterios de segregación de residuos.
 - Recoger el material.
 - Retirarse los guantes.
 - Dejar al paciente en posición cómoda.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

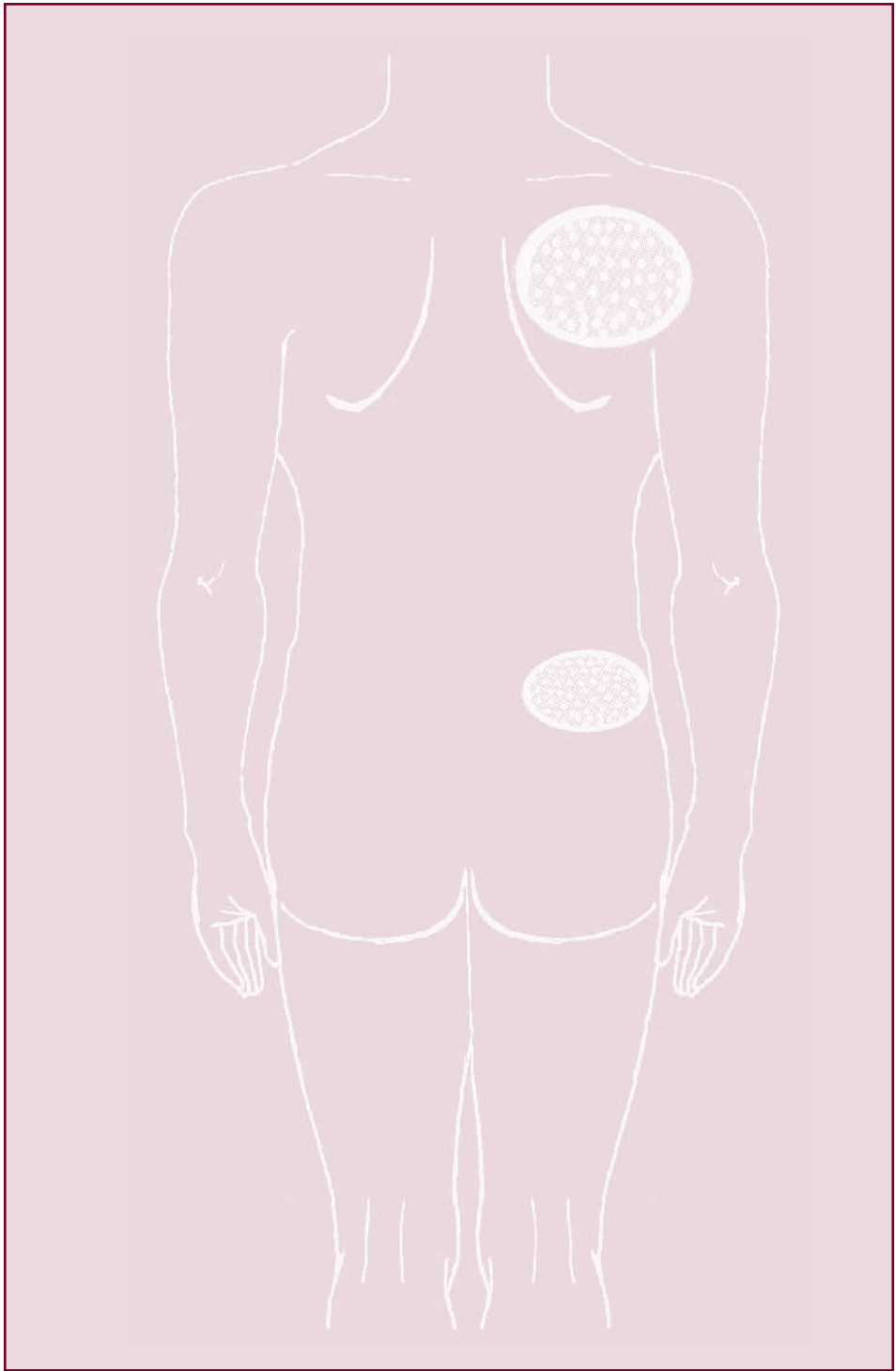
• **Observaciones:**

- Alternar zonas de punción para evitar atrofia del tejido subcutáneo y abscesos. Las zonas más frecuentes son: abdomen, parte externa brazos, parte externa muslos y glúteos.
- Cuando en la administración de insulina se utilicen dos preparados se cargará primero la insulina rápida. Se debe administrar la mezcla antes de 5 minutos pues la insulina lenta disminuye la acción de la rápida.

PUNCIÓN INTRADÉRMICA Y SUBCUTÁNEA



IX
9.2



• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea. [monografía en Internet] [actualizado 3/01/2005; citado 24 octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/viaSubcutanea.pdf>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.13. Administración de medicación por vía intramuscular

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intramuscular y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intramuscular con fines terapéuticos.

• **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Aguja intramuscular de 40 x 0.8.
- 1 Jeringa.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

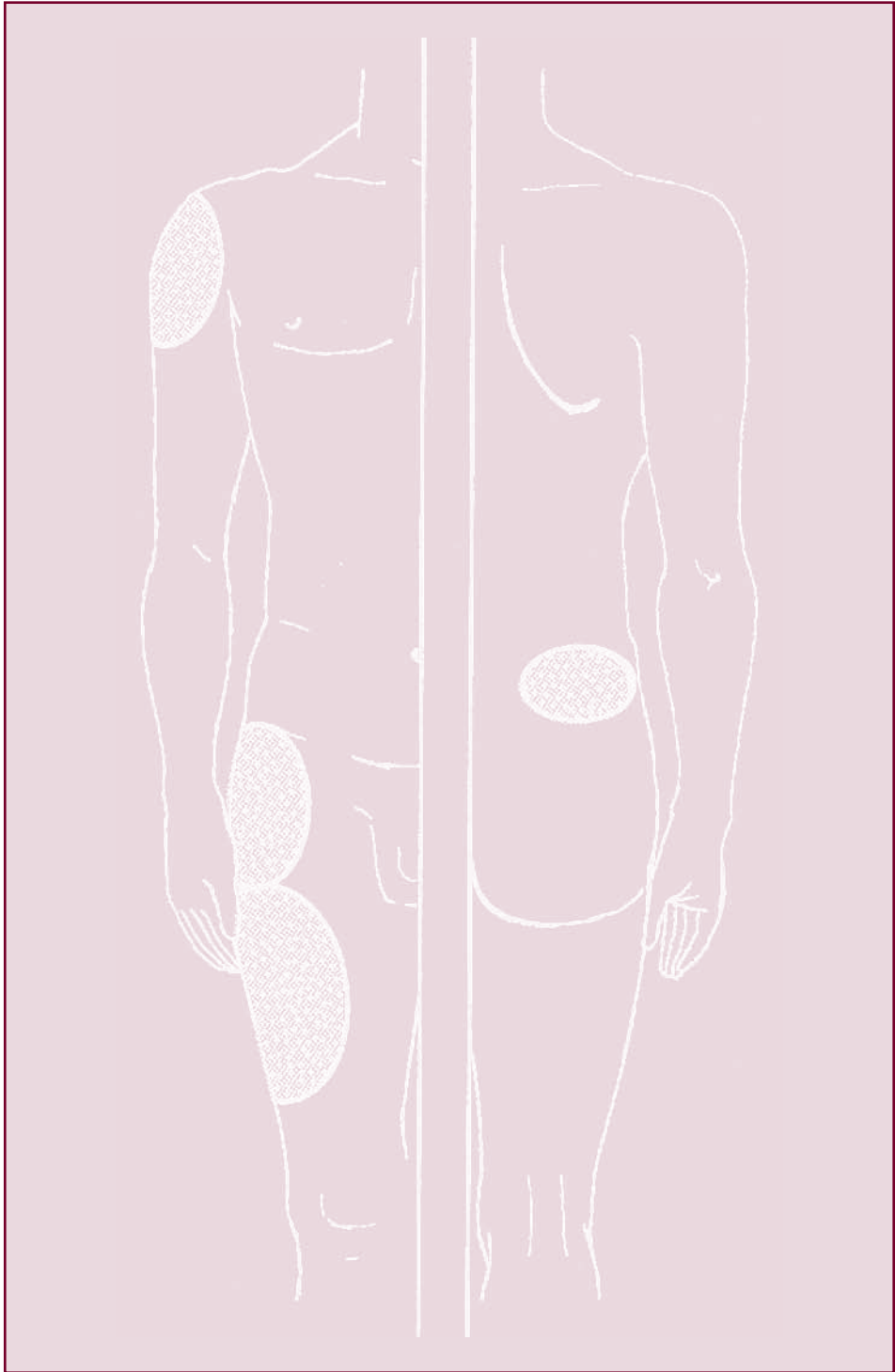
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial).

- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de inyección.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido: decúbito lateral derecho o izquierdo si se inyecta en glúteo, decúbito supino si se inyecta en muslo.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Insertar la aguja perpendicular a la piel con un ángulo de 90° en un movimiento rápido y seguro. La técnica se debe realizar mediante el sistema que se denomina cerrado: jeringa y aguja conectadas.
- Aspirar para comprobar que no estamos conectados a un vaso sanguíneo e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja o buscar otro plano).
- Retirar la aguja evitando desplazamientos laterales y aplicar ligero masaje para ayudar a la distribución del fármaco.
- Controlar si el paciente presenta dolor agudo en el lugar de inyección o alteraciones sensoriales o motoras en el lugar de inyección o fuera de él.
- Si el medicamento a inyectar es irritativo o puede teñir la piel, se utiliza la técnica en Z:
 1. Realizar un desplazamiento del tejido subcutáneo y de la piel que hay sobre el músculo, antes de la inyección.
 2. Una vez inyectado el fármaco, antes de retirar la aguja se esperará 10 segundos.
 3. Una vez retirada la aguja soltar el tejido desplazado.
 4. No masajear el punto de punción.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor, según criterios de segregación de residuos.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Las zonas de punción son:
 1. Músculo glúteo mayor (adultos) 0.1 a 5 ml.
 2. Músculo vasto lateral externo (adultos) 0.1 a 5 ml.
 3. Músculo vasto lateral externo (niños) 0.1 a 1 ml.
 4. Músculo deltoides (adultos) 0.1 a 2 ml.
 5. Músculo ventroglúteo (> 7 meses) 0.1 a 5 ml.
- La vía intramuscular está contraindicada en la administración de tratamientos anticoagulantes y adrenalina por su efecto irritante.

ZONAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INECTABLES POR VIA INTRAMUSCULAR



IX
9.2

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía intramuscular. [monografía en Internet] [actualizado 3/01/2005; citado 24 octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/AdmonParentalIM.pdf>
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.2.14. Administración de medicación por vía intravenosa

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intravenosa y evaluación de la respuesta del paciente. Se utiliza cuando se necesita una acción rápida.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intravenosa con fines terapéuticos y diagnósticos.

• **Equipo:**

- Batea.
- Soporte suero.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Guantes estériles.
- Apósitos.
- Equipo inyector de suero.
- Esparadrapo antialérgico.

- Gasas estériles.
- Obturador.
- 1 Aguja intravenosa 25 x 0.9-0.8.
- 1 Jeringa.
- Compresor
- Férula de inmovilización (lactantes y niños pequeños)
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Etiqueta identificativa de la medicación.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
 - Seguir normas generales en la administración de medicación.
 - Preparar la medicación: preparar la concentración de medicación intravenosa a partir de una ampolla o vial. Mantener asepsia, se desinfectará con solución antiséptica el tapón del vial antes de la carga.
 - Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
 - Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido: decúbito supino, generalmente.
 - Colocarse los guantes estériles.
 - Administración de medicación intravenosa en bolo: dependiendo del tiempo de duración se denomina bolus si es inferior a un minuto e intravenosa lenta si es más 2-5 minutos.
- a) Inyección directa:
1. Localizar zona de punción (preferentemente fosa antecubital) escoger la vena de mayor calibre.
 2. Colocar compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción.
 3. Aplicar antiséptico y dejar que se seque.
 4. Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa con un ángulo de 30° con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena.
 5. Comprobar que la aguja está en vena aspirando, si fluye sangre hacia la jeringa es correcto.
 6. Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente.
 7. Retirar aguja y jeringa y aplicar presión en el lugar de punción con gasa estéril unos 3 minutos.
 8. Colocar apósito en el lugar de punción.
- b) A través de una vía canalizada:
1. Si hay llave de 3 pasos:

- Retirar tapón.
- Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.
- Insertar jeringa y girar la llave en la posición para introducir medicación.
- Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.
- Administrar la medicación lentamente.
- Limpiar el catéter con 2-3 ml de suero fisiológico que estará preparado en otra jeringa.
- Girar la llave a su posición inicial, retirar jeringa y volver a colocar tapón nuevo. Limpiar la entrada con antiséptico
- Administración de medicación IV en perfusión intermitente:
 1. Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
 2. La duración de la administración oscila entre 15 minutos y varias horas.
 3. Perforar el recipiente de medicación con un equipo de suero.
 4. Administrar la medicación al ritmo prescrito.
 5. Retirar sistema una vez administrada la medicación.
- Administración de medicación IV en perfusión continua: el tiempo de infusión es continuo, se utiliza sueros de gran volumen como diluyentes y bombas de infusión.
- Valorar la respuesta del paciente a la medicación y la aparición de posibles reacciones adversas.
- Vigilar la zona de punción IV por si se produce infiltración o flebitis.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor, según criterios de segregación de residuos.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En caso de obstrucción no irrigar la vía para evitar embolias o infecciones.
- Evitar mezclas múltiples y si las hay verificar que no existen interacciones.
- Las mezclas de medicación se harán con técnica aséptica.
- Vigilar diariamente la zona de punción por si aparece flebitis, inflamación, infiltración, hematomas, etc.
- En pacientes pediátricos el volumen del diluyente oscilará entre 5-50 c.c. dependiendo de la edad y el peso.
- No administrar conjuntamente con medicación: hemoderivados, nutrición parenteral total, soluciones de bicarbonato y drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina, etc.)

- Los signos y síntomas de reacción anafiláctica son: picor, erupción cutánea, dificultad para respirar, edema generalizado, aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, rubor facial, dolor de cabeza, o presión torácica, disminución de la conciencia, shock y paro cardíaco.
- En recién nacidos y lactantes, hasta el año de edad las venas epicraneales pueden utilizarse.
- En la aplicación de medicación por goteo intravenoso hay que calcular la velocidad de perfusión, teniendo en cuenta que: 1ml=1cc=20 gotas= 60 microgotas

• **Bibliografía:**

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía intravenosa. [monografía en Internet] [actualizado 3/01/2005; citado 24 octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/vialV.pdf>
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora. | |
| Registrado nombre y apellidos de la enfermera que administra la medicación. | |
| Registrada valoración de las alergias del paciente. | |

9.3. ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOTERAPIA

• **Definición:**

Preparación y aporte de líquidos intravenosos prescritos.

• **Objetivo:**

Administrar líquidos intravenosos a fin de conseguir un efecto terapéutico sobre los compartimentos LIC(líquido intracelular) y LEC (líquido extracelular).

• **Equipo:**

- Batea.
- Bomba de perfusión (opcional)
- Soporte de suero.

• **Material:**

- Agujas.
- Jeringas.
- Fluidoterapia prescrita.
- Alargadera con llave de 3 pasos.
- Contenedor de material punzante.
- Material de la bomba de perfusión.
- Sistema de gotero.
- Compresor
- Férula de inmovilización (lactantes y niños pequeños)
- Esparadrapo.
- Apósito fijador estéril.
- Guantes estériles.
- Regulador de flujo.
- Etiquetas identificativas del medicamento.
- Solución antiséptica.
- Microgoteros.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparación de material:
 - a) Realizar la mezcla de medicación con la solución IV de forma aséptica.
 - b) Comprobar color y claridad de la mezcla.
 - c) Etiquetar la mezcla: nombre paciente, medicación, hora de comienzo y fin.
 - d) Abrir equipo de infusión en condiciones de esterilidad.
 - e) Quitar la cubierta protectora del equipo de infusión e insertar el extremo proximal dentro del frasco de infusión con el sistema cerrado.
 - f) Comprimir la cámara de goteo para que se llene de solución entre 1/3 y la mitad de su capacidad.
 - g) Abrir el sistema (pinza) lentamente para purgar todo el aire del sistema.
 - h) Conectar al extremo distal del sistema el regulador de flujo y alargadera con llave de 3 pasos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Canalizar vía venosa, si no la hubiera.
- Conectar el extremo distal del equipo del catéter de forma aséptica.
- Abrir el sistema y valorar la permeabilidad del catéter.

- Ajustar el ritmo de goteo según la frecuencia de administración.
- Fijar el sistema de gotero con esparadrapo para evitar tirones.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material, y desecharlo al contenedor según criterios de segregación de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora inicio, volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Para perfundir líquidos con la máxima precisión se utilizará bombas de perfusión volumétricas.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|--|-------------------|
| Registro del procedimiento: fecha de comienzo y cantidad de fluidoterapia prescrita. | |
| Registrado tipo, ubicación, calibre y fecha de inserción del catéter. | |
| Registrada valoración del acceso venoso cada 24 horas. | |
| Registrado cambio de apósito. | |
| Etiquetado envase: nombre, apellidos, hora de inicio y fin, medicación. | |
| Correspondencia del frasco con la hora prescrita y ritmo de goteo adecuado | |
| Apósito, llave y líneas limpios y sin restos hemáticos y medicamentosos | |
| Llaves de tres vías protegidas (tapones y gasas impregnadas con anti-séptico) | |
| Ausencia de extravasación y flebitis | |

9.4. ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

• **Definición:**

Aporte de hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

Administrar hemoderivados a fin de reponer la volemia, evitar el shock hemorrágico, aumentar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre y reponer las plaquetas o los factores de coagulación para reponer la hemostasia.

• **Equipo:**

- Batea.
- Soporte de suero.

• **Material:**

- Hoja de tratamiento médico con el hemoderivado prescrito.
- Hemoderivado prescrito.
- Equipos de infusión para la transfusión
- Presurizador.
- Contenedor de material punzante.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Verificar las órdenes del médico y que el hemoderivado corresponde al prescrito.
- Verificar nombre y apellidos del paciente, grupo sanguíneo, Rh y número de unidades a transfundir.
- Comprobar que se han realizado las pruebas cruzadas y que existe concordancia. Comprobar todos estos datos tanto en la historia del paciente, la documentación de banco de sangre y en las propias bolsas de hemoderivados.
- Inspeccionar la sangre en busca de alteraciones, si existe cualquier anomalía llamar a banco de sangre.
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Enseñar al paciente y familia signos y síntomas de las reacciones adversas a la transfusión.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada para la transfusión.
- Tomar constantes vitales antes de comenzar la transfusión (TA, FC, FR y temperatura corporal)
- Comprobar que la vía venosa es permeable y de un calibre adecuado para la transfusión. Canalizar nueva vía si no la hubiera o no fuera adecuada.

- La temperatura del producto a transfundir ha de ser similar a la temperatura ambiente.
- Insertar el sistema a la bolsa del hemoderivado y purgar.
- Conectar el extremo distal del sistema al catéter IV de forma aséptica y fijar con esparadrapo.
- Ajustar el ritmo de goteo y vigilar durante la transfusión. El tiempo de administración de una unidad no debe superar las 4 horas.
- Permanecer junto al paciente durante los primeros 15 minutos desde el comienzo de la transfusión, observándolo para detectar posibles reacciones transfusionales.
- Volver a tomar las constantes vitales a los 15 minutos y al final de la transfusión.
- Suspender inmediatamente la transfusión ante cualquier reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea y avisar al médico.
- Administrar suero fisiológico cuando termine la transfusión.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material, y desechar al contenedor según criterios de segregación de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, tipo de hemoderivado y unidades, fecha y hora inicio, volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No inyectar jamás fármacos en la bolsa de sangre, sólo puede administrarse a la vez suero fisiológico. Si fuera necesario administrar alguna medicación lavar con suero fisiológico la vía antes y después de la administración del medicamento.
- Cuando se transfunde cualquier hemoderivado se ha de cambiar el sistema con cada unidad.
- Todos los productos sanguíneos deben transfundirse a través de sistemas con filtro homologado.
- Si se produce una reacción transfusional:
 1. Interrumpir la transfusión.
 2. Avisar al médico.
 3. Valorar al paciente. Controlar sus constantes, diuresis y esfuerzo respiratorio.
 4. Retirar equipo de infusión y hemoderivado, guardar para enviar a banco de sangre más tarde.
 5. Mantener una vía permeable con perfusión de suero salino fisiológico.
 6. Notificar la reacción a banco de sangre.
 7. Registrar todo lo ocurrido.

• **Bibliografía:**

- Verdú Verdú J, Soler Martínez S, Tornero Tomás MD. Manual de procedimientos para la transfusión. Hospital General Universitario de Alicante. Octubre 2004.
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|---|-------------------|
| Registro del procedimiento: tipo de hemoderivado, número de unidades a transfundir, fecha y hora de inicio y fin, volumen administrado. | |
| Registro de constantes (TA, FC, FR y Tª) antes y después de la transfusión. | |
| Registro de persona que inicia y termina la transfusión | |
| Etiquetado unidad: nombre, apellidos, hora de inicio y fin, tipo de hemoderivado. | |
| Comprobación tiempo de administración de una unidad no es superior a 4 horas. | |
| Ausencia de extravasación y flebitis. | |

9.5. EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO A SEGUIR POR EL PACIENTE EN SU DOMICILIO

• **Definición:**

Formación de un paciente y su familia para que tome de forma segura y eficaz los medicamentos prescritos en su domicilio.

• **Objetivos:**

- Enseñar al paciente y familia la autoadministración de los fármacos de forma segura y eficaz.
- Conseguir el cumplimiento del régimen terapéutico por parte del paciente.
- Evitar los efectos adversos de la medicación debidos a errores en las dosis o forma de administrar.

• **Equipo:**

Información escrita.

• **Material:**

- Informe de alta de enfermería y médico.

• **Procedimiento:**

- Enseñar al paciente y familia a reconocer las características propias de cada medicamento.
- Informar al paciente y familia tanto del nombre genérico del medicamento como del comercial.
- Informar al paciente y familia de la acción de cada medicamento, la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.
- Instruir al paciente y familia sobre la forma de administración.
- Evaluar las habilidades del paciente y familia para administrarse los medicamentos.
- Informar al paciente y familia sobre que hacer si se salta una dosis o en que casos puede decidir alterar el horario o la dosis.
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender de forma brusca la medicación.
- Informar al paciente y familia sobre las interacciones de los fármacos con las comidas, sobre los posibles efectos secundarios adversos y como prevenirlos o aliviarlos.
- Enseñar al paciente y familia como debe almacenar los medicamentos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Asegurarse de que el paciente y familia se va de alta con el informe de enfermería y el médico.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

| Criterios de evaluación | ¿Consta? SI/NO |
|---|-------------------|
| Registro del procedimiento: las habilidades del paciente y familia para autoadministrarse los medicamentos. | |
| El paciente dispone del informe al alta (médico y de enfermería) | |