

Nº 246 -2018-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 28 de Noviembre del 2018

VISTO;

El Expediente con Registro Nº 19115-2018 y el Reg. Nº DE 2739-2018 que contiene el Memorando Nº 1393-2018- DE-INSN, con el cual se hace llegar la Guía Técnica: "Gestión del Riesgo en la Administración de Medicamentos", remitido por el Departamento de Enfermería;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2º de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA; de fecha 04 de Febrero del año 2010; la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de Calidad los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente;

Que, mediante Memorando Nº 2026-2018-OGC-INSN, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General la Guía Técnica: "Gestión del Riesgo en la Administración de Medicamentos";

Que, con Memorando Nº 1148-2018-DG/INSN, de 31 de octubre de 2018, la Dirección General emite opinión favorable a la Guía Técnica: "Gestión del Riesgo en la Administración de Medicamentos";

Con la Visación de la Dirección Adjunta, el Departamento de Enfermería, la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y ;

|                                                                                                                                                           |                     |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|
| PERÚ                                                                                                                                                      | Ministerio de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña |
| CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado |                     |                                              |
| 2870 03 DIC. 2018                                                                                                                                         |                     |                                              |
| Reg.: Nº                                                                                                                                                  |                     |                                              |
| Lic. Carmen Lucía Espinoza<br>Jefe del Organismo de Administración de Archivos - Archivo Central<br>EJECUTIVO - INSN                                      |                     |                                              |

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Instituto de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINS y la Directiva para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de salud del Niño, aprobada por Resolución Directoral N°178-2018-INSN-DG;

**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero.-** Aprobar la Guía Técnica: "Gestión del Riesgo en la Administración de Medicamentos"; el mismo que consta de (19) folios.

**Artículo Segundo.-** Encargar a la Oficina de estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Regístrese y Comuníquese y Publíquese.**



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
Dr. Jorge Adrián Jauregui Miranda  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 12618 R.N.E. 33527 - 8901

**IAJM/CGS  
DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) DG
- ( ) DA
- ( ) DE
- ( ) OGC
- ( ) OAJ
- ( ) OEI





## GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

### I. FINALIDAD

La Guía Técnica Gestión del riesgo en la administración de medicamentos tiene por finalidad de contribuir en la implementación de buenas prácticas para la administración segura de medicamentos en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

### II. OBJETIVO

Reducir el riesgo potencial de incidentes y eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación en todos los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño.

### IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Gestión del riesgo en la administración de medicamentos.

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1. Definiciones Operacionales:

**5.1.1 Seguridad del paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

**5.1.2 Cinco Correctos:** Es una estrategia para garantizar la seguridad de los pacientes (política Institucional) y minimizar los eventos en la prestación de los servicios de salud.

**5.1.3 Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

- ✓ La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
- ✓ La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

**5.1.4 Evento adverso en salud:** Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente.

**5.1.5 Efecto adverso:** Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.

**5.1.6 Incidente:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.



- 5.1.7 **Barrera:** Es el control o medida implementada para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema
- 5.1.8 **Cuidado:** Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor.
- 5.1.9 **Buenas prácticas de atención:** Son guías internacionales, nacionales o de la especialidad, que orientan al trabajador de la salud en la labor asistencial e inciden directamente en los aspectos del cuidado del paciente.
- 5.1.10 **Administración de medicamentos:** Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado al paciente por el personal de salud. La administración se realiza a través de diferentes vías de acuerdo a indicación médica escrita. Requiere información previa al paciente y registro del procedimiento realizado.
- 5.1.11 **Vías de administración:** Forma elegida de administrar un fármaco al organismo. Éstas son: vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, dérmica, epidural, intratecal, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intravenosa, y otras.
- 5.1.12 **Indicación médica escrita:** Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita, registrada en la historia clínica en forma completa, con letra clara y legible.
- 5.1.13 **Error de medicación (EM):** "Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente, u ocasione la utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización" (NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention 2011).
- 5.1.14 **Reporte de enfermería:** Es el informe que realiza la enfermera(o) al finalizar el turno sobre el cuidado integral de enfermería al paciente y familia, para su continuidad, así como el personal, patrimonio y otra eventualidad.
- 5.1.15 **Sistema de notificación de eventos adversos:** Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de analizar los factores que contribuyen a su presentación y aprender de los errores. Es una herramienta para mejorar la cultura de la seguridad.
- 5.1.16 **Contexto clínico:** Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.
- 5.1.17 **Faltas activas:** Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.





**5.1.18 Fallas latentes:** Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema.

**5.1.19 Gestión de eventos adversos / evento centinela:** Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o Evento Centinela con respecto a las fallas o los actos inseguros identificados (procesos inseguros) para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los centros asistenciales.

## 5.2. Requerimientos Básicos:

### 5.2.1 Recursos Humanos:

- ✓ Supervisora de Enfermería
- ✓ Jefa de Enfermería
- ✓ Coordinadores de enfermería
- ✓ Equipo de Enfermeras

### 5.2.2 Recursos Materiales:

- ✓ Bibliografía (Normas Técnicas de Salud)
- ✓ Manuales Institucionales de Seguridad del Paciente y Administración de medicamentos.
- ✓ Computadoras
- ✓ Historia Clínica: Kardex de Enfermería
- ✓ Medicamentos

## VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

### 6.1. Disposiciones para la aplicación de las prácticas seguras

#### 6.1.1. Relacionados a la prescripción de medicamentos en Consulta Externa

- a) La indicación del tratamiento farmacológico y/o cualquier indicación diagnóstica terapéutica son de responsabilidad médica y debe ser registrado por escrito en la Historia Clínica, en forma completa, con letra clara y legible.
- b) En la receta se consignará las indicaciones de acuerdo a la norma vigente
  - Nombre completo del paciente
  - Número de Historia clínica /código de SIS
  - Diagnóstico médico
  - Nombre del medicamento
  - Dosis y/o vías de administración
  - Tiempo de administración
  - Tiempo de perfusión (si fuera necesario)
  - Sello y firma del Profesional Médico
  - Lugar y fecha.
- c) No administrar ningún medicamento que no cumplan con los requisitos descritos.

#### 6.1.2. Relacionadas con la transcripción de la orden médica en los servicios de hospitalización

- a) La transcripción de la indicación médica es realizada durante la visita médica diariamente por el *Profesional de Enfermería* a cargo del paciente.
- b) La transcripción es copia fiel de las indicaciones médicas y debe ser registrada en el Kardex de enfermería.



- c) Para la administración del tratamiento efectivo en los servicios de hospitalización, se usa como pauta de seguridad el kardex y la aplicación de los 5 correctos, a cargo de la enfermera.
- d) En relación a la administración de medicamentos el kardex incluye:
- ✓ nombre del paciente
  - ✓ fecha,
  - ✓ Servicio
  - ✓ Número de cama
  - ✓ Número de Historia clínica
  - ✓ Edad y Peso del paciente
  - ✓ Diagnóstico médico
  - ✓ Dieta
  - ✓ Nombre del medicamento
  - ✓ registrar medicación con cinco correctos (Nombre paciente, dosis, vía, medicamento y hora de administración)
  - ✓ registro de exámenes de ayuda diagnóstica
  - ✓ Registro de alergias medicamentosas.
  - ✓ Registro de Interconsultas
  - ✓ Registro de procedimientos

#### 6.1.3. Relacionadas con la dispensación

- a) La enfermera hace entrega de las recetas selladas y con las indicaciones por el médico de los pacientes al personal técnico de enfermería para el trámite de recojo del medicamento en el área de farmacia.
- b) El técnico de Enfermería que recoge la medicación e insumos de farmacia hace entrega de la medicación a la Enfermera encargada del paciente.
- c) La enfermera encargada de la atención del paciente revisa que los medicamentos despachados estén completos de acuerdo a los indicados en la receta, si así no fuera, deberá comunicar con el personal de Farmacia para la corrección pertinente o coordinar con el médico para la corrección de la receta según el caso.

#### 6.1.4. Relacionado con la administración

- a) Es responsabilidad del profesional de la salud encargado del cuidado del paciente, la administración segura del tratamiento farmacológico.
- b) Investigar si el paciente padece alergias. En caso que se sospeche de reacción de medicamento, se informará al médico tratante y/o de turno para que solicite prueba de sensibilidad.
- c) Toda administración de medicamentos al paciente debe realizarse en base a los "5 correctos", y los "5 yo".

| Los 5 correctos      | Los 5 Yo      |
|----------------------|---------------|
| Paciente correcto    | Yo preparo    |
| Medicamento correcto | Yo administro |
| Dosis correcta       | Yo registro   |
| Vía correcta         | Yo respondo   |
| Horario correcto     | Yo educo      |





**i. Paciente correcto**

- a) Antes de administrar cualquier medicamento deben contrastarlo con el plan terapéutico indicado por el médico.
- b) Verifique la identidad del niño, niña o adolescente, consultando su nombre (si su edad o condición lo permite) mediante el brazalete, Kardex, o por el familiar presente.
- c) No utilice el número de cama para identificar paciente.

**ii. Medicamento correcto**

- a) Confirme que el medicamento que administre sea el correcto antes de su preparación. Algunos medicamentos tienen nombre y aspecto similar, si tiene alguna duda, consulte al médico.
- b) Verifique que el rótulo (presentación de fábrica) del medicamento corresponda al indicado nombre, concentración y presentación.
- c) Revise las fechas de caducidad y compruebe que el fármaco está en perfectas condiciones. Si observa cualquier característica inusual, como falta de etiqueta, nombre ilegible, indicios de deterioro u otras anomalías (cambio de color, textura, cuerpo extraño etc.) separe el medicamento para devolución al servicio de farmacia.
- d) No administre un medicamento que tenga su presentación no confiable.
- e) Descartar medicamentos sobrantes, salvo que tengan en cuenta las estrictas medidas de conservación y asepsia.
- f) Prepare el medicamento según procedimiento específico de cada fármaco, aplicando las medidas de bioseguridad.
- g) Rotule el frasco del medicamento de manera clara: nombre de paciente, número de cama, Dosis, Vía, fecha de preparación y apertura del vial.
- h) En caso de sueros de perfusión, rotular en la cámara graduada de micro o macro gotero, especificando nombre de medicamento y/o solución preparada y fecha.
- i) Evite mezclas de medicamentos.
- j) El profesional de salud debe administrar sólo los medicamentos preparados por el mismo, o los preparados en farmacia con registro de firma, fecha y responsable de la preparación.
- k) No administre ningún medicamento o preparado que no haya sido indicado y registrado en la historia clínica por el médico tratante.
- l) Administre el medicamento manteniendo estrictas normas de asepsia y bioseguridad normadas.
- m) Compruebe que el paciente no tome ningún medicamento ajeno a lo prescrito.
- n) Vigile la aparición de apariciones de reacciones adversas, si fuera positivo suspender la administración informar al médico tratante, registrar en hoja RAM (Anexo N° 3).

**iii. Dosis Correcta**

- a) Revise 2 veces el Kardex para comprobar la dosis indicada, si tuviera dudas revise la Historia Clínica.
- b) En caso que la dosis parezca inusualmente elevada o baja, confirme directamente con el médico que la prescribió.
- c) Utilice siempre la jeringa estéril y descartable adecuada, que le permita medir siempre la dosis exacta.
- d) Realice los cálculos matemáticos de la dosis, dilución y velocidad de infusión, del medicamento indicado.



**iv. Medicamento por la vía correcta:**

- a) Verifique que la vía de administración de medicamento es la correcta. Si la vía de administración no está escrita en la Historia Clínica o no es legible la prescripción, consulte al médico.
- b) Si hay dudas verificar el Inserto del medicamento y comunicar al médico tratante sobre la vía de administración según la literatura.
- c) Cada medicamento debe administrarse por la vía indicada, vía oral, vía endovenosa, vía inhalatoria, vía ótica, vía oftalmológica, administración por sonda nasogástrica.

**v. Hora correcta**

- a) Protocolice el horario de inicio de la administración en cada servicio para garantizar un estricto intervalo de la dosificación.
- b) Administrar los medicamentos en horarios establecidos según indicación médica.

**6.1.5. Relacionadas con el Registro de Medicamentos**

- a) Una vez administrado un medicamento, registre la acción en las notas de enfermería y en el kardex considerando nombre del fármaco, vía hora, nombre y firma del profesional.
- b) Vigile la aparición de las reacciones adversas, así como los efectos esperados de los medicamentos.
- c) Registre cualquier incidencia o reacción de la medicación y comunique al médico
- d) Registre la "no administración de un medicamento", en Kardex correspondiente especificando los motivos en las notas de enfermería.
- e) Si se produce un error durante el registro escrito no use corrector, táchelo con una sola línea y ponga la palabra ERROR y las siglas (nombres y apellidos) del personal de enfermería que corrige en el kardex.

**6.2. Disposiciones para la intervención y mitigación del daño en caso de error en la administración de medicación y / o reacción adversa.**

**6.2.1 Intervención inmediata del profesional que administra medicación al paciente ante un evento adverso:**

- a) Valore el error o reacción adversa.
- b) Suspenda la administración del medicamento.
- c) Brinde cuidados inmediatos al paciente de acuerdo a su competencia.
- d) Comunique y solicite evaluación al médico del servicio o médico de guardia.
- e) Valore y aplique cuidados específicos de acuerdo al diagnóstico e indicaciones médicas.
- f) Realice los registros del evento adverso o reacción adversa del medicamento en la Historia Clínica y/o formatos de reporte de evento adverso según sea el caso.





### 6.2.2 Notificación de Eventos adversos y/o Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

- a) Los eventos adversos y/o reacciones adversas a medicamentos debe ser informada de inmediato al médico tratante o de guardia.
- b) El profesional de salud responsable del cuidado del paciente, registra la Reacción Adversa RAM en el formato indicado "Formato Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos u Otros Productos Farmacéuticos por los Profesionales de Salud" (Anexo 02.) y/o eventos adversos en la Ficha de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos de anexo (Anexo 01), lo reporta a su jefatura inmediata. El jefe de servicio lo deriva a la Jefatura de Departamento y luego a la Oficina de Gestión de la Calidad.

### 6.3. Supervisión y evaluación del cumplimiento de la Guía Técnica "Gestión del riesgo en la administración de medicamentos".

- a) La Enfermera Asistencial es la responsable de la correcta aplicación y verificación de los 5 correctos en la administración de los medicamentos.
- b) La Enfermera Jefe del servicio realizará una evaluación a cada uno de los profesionales responsables de la administración de los medicamentos durante la administración, lo registrará en la Lista de Chequeo de Cumplimiento de los 5 correctos en la Administración de medicamentos (Anexo 03).
- c) La Enfermera Jefe, Enfermera Supervisora y/o comité de Auditoria en Enfermería verificaran el cumplimiento de las pautas de seguridad para la administración de medicamentos. (Anexo 04)

## VII. RECOMENDACIONES

La presente guía puede ser utilizada por todos los profesionales de la salud que administran medicamentos para mitigar los de riesgo en la administración de medicamentos.

## VIII. ANEXOS

- Ficha de descripción de Procedimiento.
- Ficha de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos e Instructivo de llenado.
- Ficha RAM.
- Lista de chequeo; Cumplimiento de las pautas de seguridad para la administración de medicamentos.
- Lista de chequeo: Cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicaentos.



## ANEXO N° 1



PERÚ Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL  
DE SALUD DEL NIÑO

Manual de Procedimientos

Versión: 1.0

Pág. 1 de 1

## Ficha de Descripción de Procedimiento

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ADMINISTRACION CORRECTA DE MEDICAMENTOS EN ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FECHA                                                                                                                                                                                             |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CODIGO                                                                                                                                                                                            |                                                             |
| PROPOSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Implementar prácticas seguras en la administración de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| ALCANCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | La presente guía es de aplicación para todos los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño, y/o personal de salud que administre medicamentos al paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| MARCO LEGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ley General de Salud N° 26842</li> <li>➤ Ley del Trabajo del Enfermero (a) N° 27669.</li> <li>➤ Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud</li> <li>➤ Decreto Supremo N°008-2017-SA, "Aprueba el reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud".</li> <li>➤ Decreto Supremo N°011-2017-SA. "Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de salud"</li> <li>➤ Decreto Supremo N° 004-2002-SA, Aprueba el Reglamento de La Ley Del Enfermero(a).</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| <b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FUENTE                                                                                                                                                                                            | RESPONSABLE                                                 |
| N° de eventos adversos relacionados a las administraciones de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Número Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reporte y registros de Enfermería.</li> <li>- Historia Clínica.</li> <li>- Observación Directa</li> <li>- Hoja de registro de Notificaciones.</li> </ul> | Jefatura de Departamento de Enfermería                      |
| N° de eventos RAM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Número Total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   | Supervisora de Enfermería                                   |
| % de cumplimiento de los 5 correctos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Porcentaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                   | Jefatura de Servicio de Enfermería<br>Enfermera Asistencial |
| <b>NORMAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°083-2010/MINSA, Aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño.</li> <li>• Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, Aprueba la NTS -N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".</li> <li>• Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, Aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de manos en los Establecimientos de salud".</li> <li>• Resolución Directoral N°522-DG-INSN-2011, Aprueba el Manual de Organizaciones y funciones del Departamento de Enfermería.</li> <li>• RD. N° 216-2017-INSN-DG "Notificación, registro y análisis de Incidentes, eventos Adversos Centinela en el Instituto Nacional de Salud del Niño".</li> <li>• Resolución Directoral N°522-DG-INSN-2011, Aprueba el Manual de Organizaciones y funciones del Departamento de Enfermería.</li> <li>• Resolución Directoral N°045-DG-INSN-2015, Aprueba el Manual Institucional de Bioseguridad del</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                             |

03 DIC. 2018

Reg.: 2870

Reg.:



Instituto de salud del Niño.

## DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

### INICIO

1. Médico indica tratamiento farmacológico
2. Investigar si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas
3. Enfermera educa y explica al paciente el procedimiento y el medicamento que está recibiendo
4. Antes de preparar y administrar un medicamento realizar el lavado de manos.
5. Realizar la administración de medicamentos en base a los "5 Correctos" y los "5 Yo".

#### I. Paciente correcto

- ✓ Antes de administrar cualquier medicamento deben contrastarlo con el plan terapéutico indicado por el médico.
- ✓ Verifique la identidad del niño, niña o adolescente, consultando su nombre (si su edad o condición lo permite) mediante el brazalete y/o historia clínica, o por el familiar presente.
- ✓ No utilice el número de cama para identificar paciente.
- ✓ Informar al paciente o familia sobre lo que se le administra

#### II. Medicamento correcto

- ✓ Confirme que el medicamento que administre sea el correcto antes de su preparación. Algunos medicamentos tienen nombre y aspecto similar, si tiene alguna duda, consulte.
- ✓ Verifique que el rótulo (presentación de fábrica) del medicamento corresponda al indicado nombre, concentración y presentación.
- ✓ Revise las fechas de caducidad y compruebe que el fármaco está en perfectas condiciones. Si observa cualquier característica inusual, como falta de etiqueta, nombre ilegible, indicios de deterioro u otras anomalías (cambio de color, textura, cuerpo extraño etc.) separe el medicamento para devolución al servicio de farmacia.
- ✓ Descartar medicamentos sobrantes, salvo que tengan en cuenta las estrictas medidas de conservación y asepsia.
- ✓ Prepare el medicamento según procedimiento específico de cada fármaco, aplicando las medidas de bioseguridad.
- ✓ Rotule el frasco del medicamento de manera clara: nombre de paciente, número de cama, Dosis, Vía y fecha de preparación.
- ✓ En caso de sueros de perfusión, rotular en la cámara graduada de micro o macro gotero, especificando nombre de medicamento y/o solución preparada y fecha.
- ✓ No mezclar medicamentos en el mismo envase de presentación o ampolla.
- ✓ El profesional de salud debe administrar sólo los medicamentos preparados por el mismo, o los preparados en farmacia con registro de firma, fecha y responsable de la preparación.
- ✓ Administre el medicamento manteniendo estricta asepsia y bioseguridad normada.
- ✓ En caso de que se sospeche de reacción a medicamentos se informará al médico tratante para que indique la prueba de sensibilidad por el servicio de Inmunología y Alergias.
- ✓ Vigile la aparición de reacciones adversas, si fuera positivo suspender la administración.
- ✓ Informar al médico tratante, registrar en hoja RAM.
- ✓ Todo medicamento que necesite de refrigeración, antes de administrar debe alcanzar la temperatura ambiente.
- ✓ Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.



### III. Dosis Correcta

- ✓ Revise como mínimo 2 veces la dosis indicada en el Kardex y prepare en forma exacta.
- ✓ En caso que la dosis sea inusualmente elevada o baja, confirme directamente con el médico que la prescribió.
- ✓ Utilice siempre la jeringa adecuada, que le permita medir siempre la dosis exacta.
- ✓ Realice los cálculos matemáticos de la dosis, dilución, concentración y velocidad de infusión, inclusive cuando se utilicen equipos automáticos y semiautomáticos, considerando las recomendaciones para cada medicamento.

### IV. Medicamento por la vía correcta

- ✓ Verifiqué que la vía de administración de medicamento es la correcta. Si la vía de administración no es legible o la prescripción, consulte al médico.
- ✓ Cada medicamento debe administrarse por la vía indicada:

### V. Hora correcta

- ✓ Protocolice el horario de inicio de la administración en cada servicio para garantizar un estricto intervalo de la dosificación
- ✓ Administrar los medicamentos en horarios establecidos en la indicación médica.

## 6. Registro

- ✓ Una vez administrado el medicamento, registre la acción en las notas de evolución de enfermería y chequee en el Kardex, considerando el nombre del fármaco, vía, hora, nombre y firma del profesional.
- ✓ Registre la "no administración de un medicamento" en el Kardex correspondiente especificando los motivos en las notas de evolución de enfermería.
- ✓ Vigile la aparición de posibles reacciones adversas, así como los efectos esperados de los medicamentos.

## 7. Intervención y mitigación del daño en caso de error en la administración de medicación y / o reacción adversa

### **Intervención inmediata del profesional que administra medicación al paciente.**

- ✓ Valore el error o reacción adversa.
- ✓ Suspenda la administración del medicamento.
- ✓ Brinde cuidados inmediatos al paciente de acuerdo a su competencia.
- ✓ Comunique y solicite evaluación al médico del servicio o médico de guardia.
- ✓ Valore y aplique cuidados específicos de acuerdo al diagnóstico e indicaciones médicas
- ✓ Realice el registro en la Historia Clínica del evento o reacción adversa del medicamento.

## 8. **Notificación de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)**

- ✓ La reacción adversa a medicamentos debe ser informada de inmediato al médico tratante o de guardia.
- ✓ El profesional de salud responsable del cuidado del paciente, registra la Reacción Adversa y lo reporta a su jefatura inmediata. El jefe de servicio lo deriva a la Jefatura de Departamento y luego a la Oficina de Gestión de la Calidad, y se emitirá al Comité de Fármaco Vigilancia para el análisis y reporte a DIGEMID. (anexo 3)

## 9. **Error en la Medicación**

- ✓ Se informará en base a la normatividad del INSN R.D. N°216 -2017-DG/INSN.

|                                                                                                                                                           |             |                                                                                                                         |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                                      | <b>PERÚ</b> | <b>Ministerio de Salud</b>                                                                                              | <b>Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña</b> |
| CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado |             |                                                                                                                         |                                                     |
| 10                                                                                                                                                        |             |                                                                                                                         |                                                     |
| <b>03 DIC. 2018</b>                                                                                                                                       |             |                                                                                                                         |                                                     |
| <b>2870</b>                                                                                                                                               |             | <i>Carmen L. Mejía Espinoza</i>                                                                                         |                                                     |
| Reg.: N° .....                                                                                                                                            |             | Lic. Carmen Lucía Mejía Espinoza<br>Jefe del Órgano de Administración de Archivos - Archivo Central<br>FEDATARIO - INSN |                                                     |



**10. Supervisión y evaluación del cumplimiento de la directiva en el INSN**

- ✓ Se hará como mínimo, una observación mensual a cada uno de los profesionales responsables de la administración de medicamentos y está a cargo del jefe del servicio.
- ✓ La técnica a utilizar es la observación, se realiza durante la administración de medicamentos, haciendo uso de la lista de chequeo "Cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos" (ver anexo 3) y se completa con la lista de chequeo "Cumplimiento de las pautas de seguridad para la administración correcta de medicamentos" mediante la revisión de historia clínica y otros registros de enfermería.

**FIN**

Registrar el procedimiento en la historia clínica:  
Notas de evolución de enfermería

**ENTRADAS**

| NOMBRE                                         | FUENTE                   | FRECUENCIA | TIPO   |
|------------------------------------------------|--------------------------|------------|--------|
| Indicación de Terapia o tratamiento del Médico | Licenciada en Enfermería | Diaria     | Manual |

**SALIDAS**

| NOMBRE                                                | FUENTE                                                                            | FRECUENCIA | TIPO   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| Administración correcta de Medicamentos en Enfermería | - Historia Clínica del Paciente<br>- Registro de Notas de Evolución de Enfermería | Diario     | Manual |

**CONCEPTOS DE REFERENCIA****INDICACION MEDICA ESCRITA**

Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita, registrada en la historia clínica en forma completa, con letra clara y legible, considerando dosis y vías de administración.

**ERROR DE MEDICACION**

Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente, u ocasione la utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control de personal profesional de enfermería, paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, en los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización" (NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention 2011).

**NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA**

Es el informe escrito y verbal que realiza la enfermera(o) al finalizar el turno sobre el cuidado integral y holístico de enfermería al paciente, familia y comunidad, para su continuidad, así como el personal, patrimonio y otra eventualidad.

**SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS**

Sistema de reporte en formato de notificación que permite la identificación de los eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de analizar los factores que contribuyen a su presentación y aprender de los errores. Es una herramienta para mejorar la cultura de la seguridad

**FACTOR CONTRIBUTIVO**

Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga, conocimiento, pericia o experiencia inadecuados, supervisión o instrucciones insuficientes, entorno estresante, cambios rápidos al interior de la organización, sistemas de comunicación deficientes, mala o equivocada planeación en programación de turnos, mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.





## CINCO CORRECTOS

Es una estrategia para garantizar la seguridad en la administración de medicamentos a los pacientes (Política

Institucional) y minimizar los eventos adversos en la prestación de los servicios de salud.

## EVENTO ADVERSO EN SALUD:

Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño, el efecto adverso si afecta la salud del paciente.

## SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente

## ACCION INSEGURA:

Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

- La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
- La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

## EFFECTO ADVERSO

Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.

## INCIDENTE

Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.

## BARRERA

Es el control o medida implementada para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.

## CUIDADO

Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor.

## BUENAS PRACTICAS DE ATENCION

Son guías internacionales, nacionales o de la especialidad, que orientan al trabajador de la salud en la labor asistencial e inciden directamente en los aspectos del cuidado del paciente.

## ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado al paciente por el personal de salud. La administración se realiza a través de diferentes vías de acuerdo a indicación médica escrita. Requiere información previa al paciente y registro del procedimiento realizado.

## VIAS DE ADMINISTRACION

Forma elegida de administrar un fármaco al organismo. Éstas son: vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, dérmica, epidural, intratecal, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intravenosa, y otras

**REGISTROS:** Notas de Evolución de Enfermería-Historia Clínica

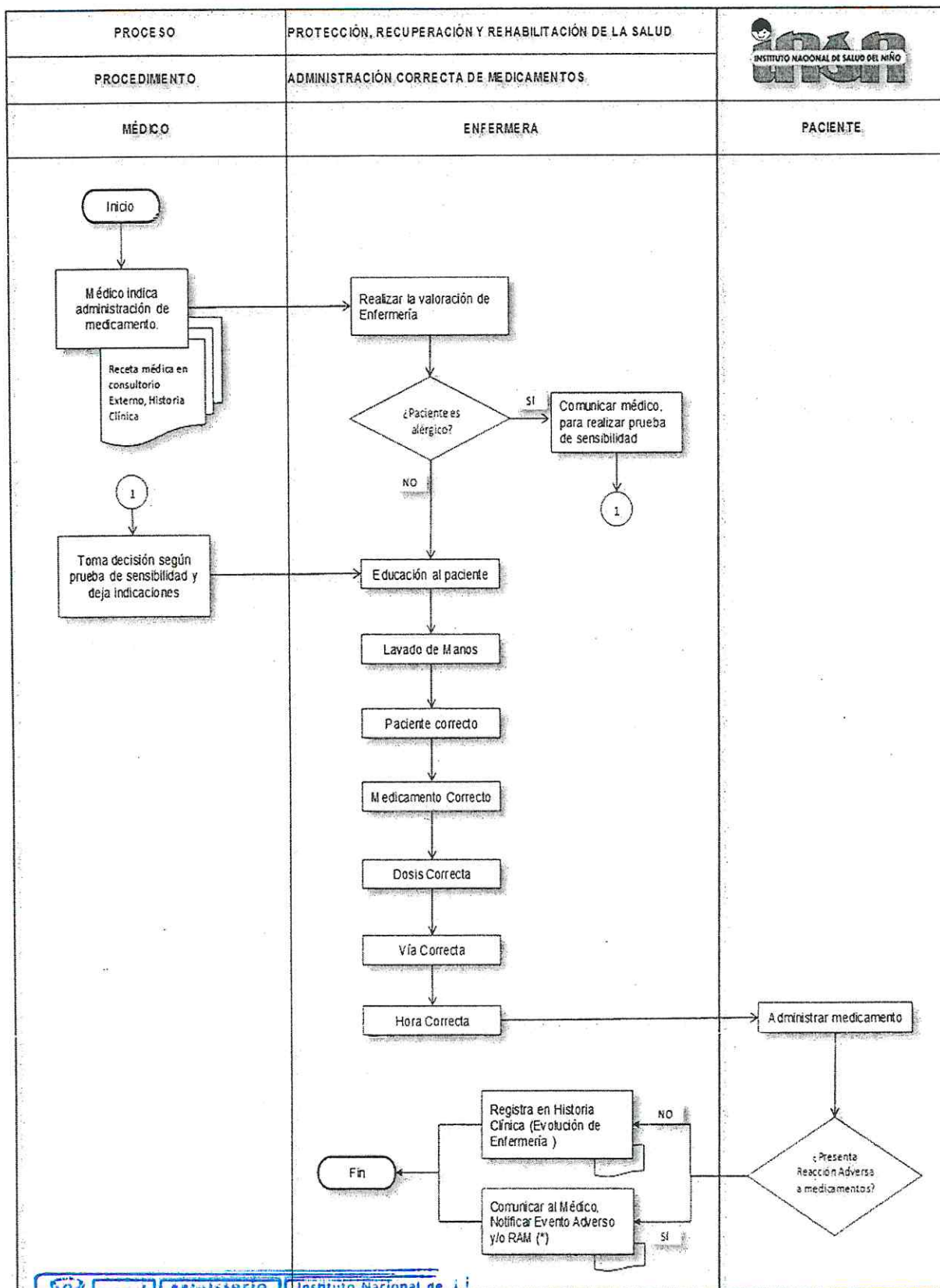
## ANEXOS:

- a. Flujograma 1





FLUJOGRAMA 1



PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

03 DIC. 2018

Reg. N° 2870

LIE. Carmen Luján Medina Espinoza  
Jefe del Organismo de Administración de Archivos - Oficina Central  
FEDATARIO: INEN

ANEXO 2

| FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| N° DE FICHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          | FECHA DE NOTIFICACIÓN         |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| SERVICIO / UNIDAD / ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| <b>A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| N° DE HISTORIA CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| SEXO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          | EDAD DEL PACIENTE             |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| <b>B. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| FECHA DEL EVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          | HORA DEL EVENTO               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y ACCIONES INMEDIATAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| <b>C. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO / INCIDENTE A NOTIFICAR: (Marcar con una "X" según corresponda)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| INCIDENTE <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | EVENTO ADVERSO <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/>       |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          | EVENTO CENTINELA <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/>       |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| 1) Es una circunstancia que PODRÍA HABER CAUSADO DAÑO innecesario a un paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| 2) Daño involuntario al paciente por un acto de comisión u omisión*, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| 3) Evento Centinela: Es un Evento Adverso que causó la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| <b>D. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">EVENTOS ADVERSOS GENERALES (Pueden suceder en cualquier servicio)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Caída del Paciente con Daño</td></tr> <tr><td>Error en la Identificación del Paciente</td></tr> <tr><td>Extravasación de la vía endovenosa</td></tr> <tr><td>Error en la medicación (prescripción, dispensación y administración)</td></tr> <tr><td>Flebitis asociada a catéter venoso periférico</td></tr> <tr><td>Neumonía Intrahospitalaria (IAAS)</td></tr> <tr><td>Úlcera por presión</td></tr> <tr><td>Fuga de Paciente</td></tr> <tr><td>Eritema del Pañal</td></tr> </tbody> </table> |                          |                               |                                | EVENTOS ADVERSOS GENERALES (Pueden suceder en cualquier servicio) | Caída del Paciente con Daño                | Error en la Identificación del Paciente | Extravasación de la vía endovenosa   | Error en la medicación (prescripción, dispensación y administración)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Flebitis asociada a catéter venoso periférico | Neumonía Intrahospitalaria (IAAS) | Úlcera por presión   | Fuga de Paciente                          | Eritema del Pañal                 |                                       |                                |
| EVENTOS ADVERSOS GENERALES (Pueden suceder en cualquier servicio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Caída del Paciente con Daño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Error en la Identificación del Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Extravasación de la vía endovenosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Error en la medicación (prescripción, dispensación y administración)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Flebitis asociada a catéter venoso periférico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Neumonía Intrahospitalaria (IAAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Úlcera por presión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Fuga de Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Eritema del Pañal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">EVENTOS ADVERSOS QUIRÚRGICOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cirugía en el lugar equivocado</td></tr> <tr><td>Lesión de un órgano durante intervención quirúrgica</td></tr> <tr><td>Olvido de cuerpo extraño durante operación</td></tr> <tr><td>Dehiscencia de Herida Operatoria</td></tr> <tr><td>Hemorragia intra y/o post-operatoria</td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                            |                          | EVENTOS ADVERSOS QUIRÚRGICOS  | Cirugía en el lugar equivocado | Lesión de un órgano durante intervención quirúrgica               | Olvido de cuerpo extraño durante operación | Dehiscencia de Herida Operatoria        | Hemorragia intra y/o post-operatoria | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">EVENTOS ADVERSOS ANESTÉSICOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hipotensión arterial</td></tr> <tr><td>Alteración del ritmo o actividad cardíaca</td></tr> <tr><td>Cefalea post-punción de duramadre</td></tr> <tr><td>Muerte súbita de paciente no esperada</td></tr> <tr><td>Laringoespasmo post-extubación</td></tr> </tbody> </table> |                                               | EVENTOS ADVERSOS ANESTÉSICOS      | Hipotensión arterial | Alteración del ritmo o actividad cardíaca | Cefalea post-punción de duramadre | Muerte súbita de paciente no esperada | Laringoespasmo post-extubación |
| EVENTOS ADVERSOS QUIRÚRGICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Cirugía en el lugar equivocado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Lesión de un órgano durante intervención quirúrgica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Olvido de cuerpo extraño durante operación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Dehiscencia de Herida Operatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Hemorragia intra y/o post-operatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| EVENTOS ADVERSOS ANESTÉSICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Hipotensión arterial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Alteración del ritmo o actividad cardíaca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Cefalea post-punción de duramadre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Muerte súbita de paciente no esperada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |
| Laringoespasmo post-extubación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                               |                                |                                                                   |                                            |                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |                                           |                                   |                                       |                                |

\* RD N° 216-2017-INSN-DG "Notificación, registro y análisis de Incidentes, eventos adversos centinelas en el Instituto Nacional de Salud del Niño"





**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**FICHA DE NOTIFICACION DE VIGILANCIA ACTIVA DE EVENTOS ADVERSOS**

1. N° de Ficha: Será llenada por el Jefe del Servicio, en orden correlativo según la fecha de notificación del Evento Adverso.
2. Fecha de Notificación: Se consigna el día, mes y año de la notificación.
3. Servicio / Unidad / Área en el cual ocurrió el evento y/o su ubicación actual. Ejm: Consultorio externo, Tópico, Sala de Hospitalización N°.....; Sala de operaciones; Sala de recuperación.
4. N° de la historia clínica
5. Sexo del paciente: Masculino (M), Femenino (F).
6. Edad: consignar la edad de años cumplidos, o meses o días según corresponda.
7. Diagnóstico Principal: Diagnóstico por el cual ingresa el Paciente.
8. Fecha del Evento Adverso: Registra el día, mes y año que ocurrió el evento adverso.
9. Hora del Evento Adverso: Hora en que ocurrió el evento adverso, si se conoce.
10. Descripción del Evento Adverso: Relata el hecho en forma precisa, clara y sencilla indicando aun el desenlace.
11. Acciones Inmediatas: Que acciones o medidas se ha tomado o recomendado a fin de minimizar los posibles daños ocasionados por el evento adverso.
12. Incidente: evento que podría o que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
13. Evento Adverso: Daño involuntario al paciente por un acto de comisión u omisión\*, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.
14. Evento Centinela: Es un Evento Adverso que causó la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.



## ANEXO N° 3

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA

**FORMATO**  
**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD**

CONFIDENCIAL

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|-----------|
| <b>A. DATOS DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Nombres o iniciales(*):                                                                                                                                                                                                              |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Edad(*):                                                                                                                                                                                                                             | Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |             |                       | Peso(Kg):                            |                                                                                                               | Historia Clínica y/o DNI:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |    |           |
| Establecimiento(*):                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Diagnóstico Principal o CIE10:                                                                                                                                                                                                       |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| <b>B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS</b>                                                                                                                                                                                            |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Marcar con "X" si la notificación corresponde a:                                                                                                                                                                                     |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error en la medicación <input type="checkbox"/> Problema de Calidad <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):                                                  |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Describir la reacción adversa (*)                                                                                                                                                                                                    |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               | Fecha de inicio de RAM (*): ____/____/____<br>Fecha final de RAM: ____/____/____<br>Gravedad de la RAM (Marcar con X)<br><input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave<br>Solo para RAM grave (Marcar con X)<br><input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ____/____/____<br><input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente<br><input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización<br><input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad<br><input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita<br>Desenlace (Marcar con X)<br><input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela<br><input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido |                                 |    |           |
| Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):                                                                                                                                                                   |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)                     |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| <b>C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)</b> (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio, fabricante, número de registro sanitario y número de lote) |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Nombre comercial o genérico (*)                                                                                                                                                                                                      | Laboratorio                                                    | Lote        | Dosis/ Frecuencia (*) | Vía de Adm. (*)                      | Fecha inicio (*)                                                                                              | Fecha final (*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Motivo de prescripción o CIE 10 |    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Suspensión (Marcar con X)                                                                                                                                                                                                            |                                                                | Si          | No                    | No aplica                            | Reexposición (Marcar con X)                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Si                              | No | No aplica |
| (1) ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?                                                                                                                                       |                                                                |             |                       |                                      | (1) ¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| (2) ¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?                                                                                                                                                                          |                                                                |             |                       |                                      | (2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      Especifique:                                                                                                   |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:      Fecha de vencimiento ____/____/____                                                                                                                 |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| <b>D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES</b> (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)                    |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Nombre comercial o genérico                                                                                                                                                                                                          | Dosis/ frecuencia                                              | Vía de Adm. | Fecha inicio          | Fecha final                          | Motivo de prescripción                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| <b>E. DATOS DEL NOTIFICADOR</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Nombres y apellidos(*):                                                                                                                                                                                                              |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Teléfono o Correo electrónico(*):                                                                                                                                                                                                    |                                                                |             |                       |                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |    |           |
| Profesión(*):                                                                                                                                                                                                                        |                                                                |             |                       | Fecha de notificación ____/____/____ |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N° Notificación:                |    |           |

Los campos (\*) son obligatorios

Correo electrónico: [farmacovigilancia@dicemid.minsa.gob.pe](mailto:farmacovigilancia@dicemid.minsa.gob.pe)



## Anexo 4

## LISTA DE CHEQUEO: "CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE SEGURIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS"

SERVICIO:  
FECHA :

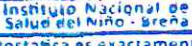
| N° | N° H.C | Transcripción de indicaciones médicas en Kardex de Enfermería |    | Administración de Medicamento por el profesional que preparó la medicación |    | Registra en Kardex y notas de enfermería medicamentos administrados y no administrados |    | Soluciones parenterales con registro de datos |    | Paciente informado de su tratamiento |    | Equipo de Infusión con registro y datos |    | Catéteres con registro de datos |    | Kardex con sello y Firma del profesional |    | % de Cumplimiento (8= 100%) |   | OBSERVACIONES |
|----|--------|---------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|----|--------------------------------------|----|-----------------------------------------|----|---------------------------------|----|------------------------------------------|----|-----------------------------|---|---------------|
|    |        | SI                                                            | NO | SI                                                                         | NO | SI                                                                                     | NO | SI                                            | NO | SI                                   | NO | SI                                      | NO | SI                              | NO | SI                                       | NO | TOTAL                       | % |               |
| 1  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 2  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 3  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 4  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 5  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 6  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 7  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 8  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 9  |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |
| 10 |        |                                                               |    |                                                                            |    |                                                                                        |    |                                               |    |                                      |    |                                         |    |                                 |    |                                          |    |                             |   |               |

RESULTADO:

|            |           |
|------------|-----------|
| 99 - 100 % | CUMPLE    |
| < 99 %     | NO CUMPLE |




**PERÚ**

**Ministerio de Salud**

**Instituto Nacional de Salud del Niño - Areña**

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

**03 DIC. 2018**

Reg.: N° **2870**

  
 Lic. Carmen Lucia Medina Espinoza  
 Jefe del Órgano de Administración de Archivos - Archivo Central  
 FEDATARIO - INSN

GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ANEXO 5

LISTA DE CHEQUEO: "CUMPLIMIENTO DE LOS 5 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS"

SERVICIO:  
FECHA:

| N° | SIGLAS DEL PERSONAL EVALUADO | 5 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS |    |                      |    |                | % DE CUMPLIMIENTO (5= 100%) |              |    | BIOSEGURIDAD  |    |                  | % DE CUMPLIMIENTO (2= 100%) |    |
|----|------------------------------|--------------------------------------------------|----|----------------------|----|----------------|-----------------------------|--------------|----|---------------|----|------------------|-----------------------------|----|
|    |                              | PACIENTE CORRECTO                                |    | MEDICAMENTO CORRECTO |    | DOSIS CORRECTA |                             | VIA CORRECTA |    | HORA CORRECTA |    | LAVADOS DE MANOS | SEGREGACIÓN DE MATERIAL     |    |
|    |                              | SI                                               | NO | SI                   | NO | SI             | NO                          | SI           | NO | SI            | NO | SI               | NO                          | SI |
| 1  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 2  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 3  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 4  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 5  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 6  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 7  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 8  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 9  |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |
| 10 |                              |                                                  |    |                      |    |                |                             |              |    |               |    |                  |                             |    |

RESULTADO

% de Cumplimiento de los 5 Correctos:

|        |           |
|--------|-----------|
| 100%   | CUMPLE    |
| < 100% | NO CUMPLE |

% de Cumplimiento de Bioseguridad:

|         |           |
|---------|-----------|
| 100%    | CUMPLE    |
| < 100 % | NO CUMPLE |

03 DIC. 2018

2870

Reg.: N° .....  
LIC. Carmen Lucia Restrepo Espinoza  
Jefe del Organismo de Supervisión y Control de  
Farmacovigilancia - INSUN  
FEDATARIO - INSN



## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. R.M. N° 850-2016/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
2. R.D. N° 178-2018-INSN-DG, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-INSN / 2018 / OGC- V.01: "Directiva para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Salud del Niño"
3. R.D. N° 216-2017-INSN-DG, que aprueba la Directiva sanitaria N° 001-2017-OGC-DG, "Notificación, registro y análisis de Incidentes y Eventos Adversos y Eventos Centinela del Instituto Nacional de Salud del Niño".
4. Instituto Nacional de Salud del Niño. "Plan de seguridad del paciente" Resoluciones Directorales | Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. Insn.gob.pe. [citado 22 marzo 2018]. Available from: [http://www.insn.gob.pe/transparencia/resoluciones-directorales?title=&field\\_descripcion\\_largoformato\\_value=&page=5](http://www.insn.gob.pe/transparencia/resoluciones-directorales?title=&field_descripcion_largoformato_value=&page=5)
5. CEP. Resolución N°237- 2008, Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero. Editorial Impresiones CEP. 2008.
6. Jimenez R, Gallegos G. Farmacología en Pediatría para Enfermeras [libro electrónico]. México: Editorial El Manual Moderno 2005 [citado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://instructorhse.com/wp-content/uploads/2018/05/FARMACOLOGIA-EN-PEDIATRIA-ENFERMERIA.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y Seguridad de los Pacientes [citado 22 marzo 2018) Washington D.C. 2011. [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&Itemid=557](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&Itemid=557)
8. Instituto Nacional de Salud del Niño. R.D. N° 793-2008-INSN-DG-OEA-OP. Norma Técnica Para El Manejo de Residuos Farmacéuticos y Material Médico Vencido 2008.
9. MINSA, Administración segura de medicamentos [citado 22 marzo 2018]. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/838\\_DIGEMID56.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/838_DIGEMID56.pdf)
10. Mosby. El proceso de enfermería y la terapia con fármacos. Farmacología en Enfermería de Mosby .1999.
11. Alvarez J. Interacciones medicamentosas y su repercusión clínica. Medicina Integral. 2000.
12. MINSAL. CO. [citado 22 marzo 2018]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>.



## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. R.D. N°216-2017-INSN-DG que aprueba; Directiva sanitaria N° 001-2017-OGC-DG, "Notificación, registro y análisis de Incidentes y Eventos Adversos y Eventos Centinela del INSN". Instituto Nacional de Salud del Niño.
2. Instituto Nacional de Salud del Niño. "Plan de seguridad del paciente" Resoluciones Directorales | Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. Insn.gob.pe. [citado 22 marzo 2018]. Available from: [http://www.insn.gob.pe/transparencia/resoluciones-directorales?title=&field\\_descripcion\\_largoformato\\_value=&page=5](http://www.insn.gob.pe/transparencia/resoluciones-directorales?title=&field_descripcion_largoformato_value=&page=5)
3. CEP. Resolución N°237- 2008, Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero. Editorial Impresiones CEP. 2008.
4. Jimenez R, Gallegos G. Farmacología en Pediatría para Enfermeras [libro electrónico]. México: Editorial El Manual Moderno 2005 [citado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://instructorhse.com/wp-content/uploads/2018/05/FARMACOLOGIA-EN-PEDIATRIA-ENFERMERIA.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y Seguridad de los Pacientes [citado 22 marzo 2018] Washington D.C. 2011. [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&Itemid=557](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&Itemid=557)
6. Instituto Nacional de Salud del Niño. R.D. N° 793-2008-INSN-DG-OEA-OP. Norma Técnica Para El Manejo de Residuos Farmacéuticos y Material Médico Vencido 2008.
7. MINSA, Administración segura de medicamentos [citado 22 marzo 2018]. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/838\\_DIGEMID56.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/838_DIGEMID56.pdf)
8. Mosby. El proceso de enfermería y la terapia con fármacos. Farmacología en Enfermería de Mosby .1999.
9. Alvarez J. Interacciones medicamentosas y su repercusión clínica. Medicina Integral. 2000.
10. MINSAL. CO. [citado 22 marzo 2018]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>.

