



ACCESO ABIERTO

Autoría

Tatiana Roberta Lucena de Meneses^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1553-641X>

Abel Silva de Meneses¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

*Correspondiente: enfermeira.meneses@gmail.com

Institución

¹ Rede Internacional de Gestão do Cuidado de Enfermagem Brasil (RIGCE Brasil), São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo • Derechos de autor[©]

Meneses TRL, Meneses AS. Prescribir También es Cuidar: Prescripción de Medicamentos en Protocolos de Enfermería de Atención Primaria de Salud. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650054. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650054>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Jefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Sumisión

12-06-2026

Aprobación

20-07-2026

Artículo Original

Prescribir También es Cuidar: Prescripción de Medicamentos en Protocolos de Enfermería de Atención Primaria de Salud

Prescrever Também é Cuidar: Prescrição Medicamentosa em Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde

Prescribing is Also Caring: Medication Prescribing in Primary Health Care Nursing Protocols

Resumen

Objetivos: Investigar el contenido prescriptivo de los Protocolos de Enfermería de la Atención Primaria de Salud de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo y elaborar una matriz de consulta sobre los medicamentos cuya prescripción se atribuye a los enfermeros. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo. El corpus documental reunió cuatro protocolos municipales de enfermería sobre salud infantil y adolescente, de adultos, de personas mayores y de salud de la mujer. Mediante una búsqueda dirigida y la lectura integral de las secciones prescriptivas, se extrajeron el principio activo, la indicación, la población, la modalidad de prescripción y los condicionantes. Los datos se sometieron a un análisis descriptivo y categorial. **Resultados:** Se identificaron 49 principios activos o combinaciones, distribuidos en 12 grupos terapéuticos. Predominaron los antiinfecciosos, los medicamentos cardiovasculares y los fármacos para afecciones prevalentes. Los protocolos diferenciaron entre inicio terapéutico, continuidad del tratamiento médico y prescripción condicionada a programas o rutinas. La vinculación con el proceso de enfermería, los protocolos institucionales, el registro clínico y el seguimiento fue recurrente. **Conclusión:** El corpus documenta un amplio alcance prescriptivo, aunque condicionado a la evaluación clínica, la competencia profesional y la gobernanza institucional. La consolidación de las recomendaciones en una matriz de medicamentos puede apoyar la educación continua, los sistemas electrónicos y la auditoría de la seguridad de los medicamentos.

Descriptores: Prescripciones de Medicamentos; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Protocolos Clínicos; Seguridad del Paciente.

Resumo

Objetivo: Investigar o conteúdo prescriptivo dos Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e, construir uma matriz de consulta aos medicamentos com prescrição atribuída a enfermeiros. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo. O corpus documental reuniu quatro protocolos de enfermagem municipais sobre saúde da criança e ao adolescente, da pessoa adulta, da pessoa idosa e da saúde da mulher. Mediante busca dirigida e leitura integral das seções prescriptivas, extrairam-se princípio ativo, indicação, população, modalidade prescritiva e condicionantes. Os dados foram submetidos à análise descritiva e categorial. **Resultados:** Foram identificados 49 princípios ativos ou associações, distribuídos em 12 grupos terapêuticos. Predominaram anti-infecciosos, medicamentos cardiovasculares e fármacos para condições prevalentes. Os protocolos diferenciaram início terapêutico, continuidade de tratamento médico e prescrição condicionada a programas ou rotinas. A vinculação ao Processo de Enfermagem, aos protocolos institucionais, ao registro clínico e ao monitoramento foi recorrente. **Conclusão:** O corpus documenta escopo prescriptivo amplo, porém condicionado à avaliação clínica, à competência profissional e à governança institucional. A consolidação das recomendações em uma matriz de medicamentos pode apoiar educação permanente, sistemas eletrônicos e auditoria da segurança medicamentosa.

Descriptores: Prescrições de Medicamentos; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Protocolos Clínicos; Segurança do Paciente.

Abstract

Objective: To investigate the prescriptive content of the Primary Health Care Nursing Protocols of the São Paulo Municipal Health Department and to develop a reference matrix for medications that nurses are authorized to prescribe. **Method:** This is a qualitative study. The document corpus comprised four municipal nursing protocols on child and adolescent health, adult health, elderly health, and women's health. Through a targeted search and comprehensive reading of the prescriptive sections, we extracted the active ingredient, indication, target population, prescribing modality, and prescribing conditions. The data were subjected to descriptive and categorical analysis. **Results:** A total of 49 active ingredients or combinations were identified, distributed across 12 therapeutic groups. Anti-infectives, cardiovascular medications, and drugs for prevalent conditions predominated. The protocols distinguished between the initiation of therapy, continuity of medical treatment, and prescriptions contingent on specific programs or routines. Links to the Nursing Process, institutional protocols, clinical records, and monitoring were recurrent. **Conclusion:** The corpus documents a broad prescribing scope, though one that is contingent upon clinical assessment, professional competence, and institutional governance. Consolidating the recommendations into a medication matrix can support continuing education, electronic systems, and medication safety audits.

Descriptors: Drug Prescriptions; Nursing; Primary Health Care; Clinical Protocols; Patient Safety.

INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicamentos por parte del personal de enfermería forma parte de la organización de la atención en diversos sistemas de salud. Su alcance varía según la legislación, la formación, los protocolos y los mecanismos de gobernanza clínica. Las revisiones internacionales describen una expansión gradual de la autonomía prescriptiva, especialmente en la atención primaria, en el manejo de afecciones crónicas y en los programas de salud pública. Esta práctica puede reducir las barreras de acceso y aumentar la continuidad de la atención, siempre que exista competencia clínica, apoyo institucional y evaluación de los resultados terapéuticos^(1,2).

En Brasil, la Ley n.º 7.498/1986 otorga al personal de enfermería la facultad de "prescribir medicamentos establecidos en programas de salud pública y en el protocolo de atención aprobado por la institución de salud"⁽³⁾. El Decreto n.º 94.406/1987 reguló esta competencia⁽⁴⁾, y la Resolución Cofen n.º 801/2026 consolidó las directrices nacionales, sin convertir la prescripción en una autorización sin restricciones. La norma vinculó dicho acto a la consulta de enfermería en el marco del Proceso de Enfermería, a las directrices clínicas y a las condiciones institucionales⁽⁵⁾.

El Proceso de Enfermería organiza el pensamiento clínico en la evaluación de enfermería, el diagnóstico de enfermería, la planificación de enfermería, la implementación de enfermería y la evolución de enfermería⁽⁶⁾. La prescripción de medicamentos forma parte de la planificación terapéutica y depende de los datos obtenidos en la evaluación de enfermería. El diagnóstico de enfermería proporciona la justificación clínica para dicha intervención de enfermería, y el seguimiento de enfermería permite monitorear la respuesta, la adherencia, los eventos adversos y la necesidad de revisión. Este método garantiza la calidad y la seguridad en la prescripción de medicamentos.

El manual conjunto del Consejo Regional de Enfermería de São Paulo y del Consejo Regional de Farmacia del Estado de São Paulo articula los requisitos clínicos, legales y formales para la prescripción de medicamentos⁽⁷⁾. El documento aborda los protocolos, el contenido de la receta, los antimicrobianos, la dispensación y la prescripción electrónica. También explica la responsabilidad del farmacéutico en el análisis técnico y legal previo a la dispensación. Esta relación no transfiere la responsabilidad entre profesiones, sino que establece puntos sucesivos de verificación en el circuito del medicamento, teniendo la seguridad del paciente como premisa de todo el equipo de salud.

En la atención primaria de salud, la prescripción de medicamentos por parte del personal de enfermería ha sido validada históricamente en protocolos gubernamentales que responden a las necesidades de salud territoriales con procedimientos aplicables⁽⁸⁾. Estos delimitan las indicaciones, las dosis, la duración, los criterios de derivación y las responsabilidades. Desde esta perspectiva, la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo publicó una serie de Protocolos de Enfermería organizados en módulos por ciclos de vida y áreas de atención⁽⁹⁻¹²⁾. Estos documentos orientan las consultas, la solicitud de exámenes, las intervenciones y las prescripciones. Sin embargo, la dispersión de las recomendaciones en cientos de páginas puede dificultar la identificación del conjunto de medicamentos disponibles para la práctica del enfermero.

La falta de un resumen documental es una deficiencia operativa que puede limitar la práctica del personal de enfermería y la atención a las personas que buscan servicios de salud. Además, en momentos de gran presión asistencial con restricciones en el tiempo de consulta, revisar muchas páginas de

texto de los protocolos puede aumentar el riesgo de omitir medicamentos, dosis o restricciones. El volumen de contenido de los protocolos también puede constituir una barrera para la educación continua que dificulta la actualización de los profesionales.

Ante esto, investigar el contenido prescriptivo es una oportunidad para reflexionar sobre la autonomía profesional en el contexto de la atención. La autonomía clínica no equivale a la independencia normativa, ya que el enfermero toma decisiones dentro de un marco regulado por leyes, protocolos, competencia demostrada y recursos disponibles. El interés científico de esta publicación radica en describir ese marco y sus condicionantes, en lugar de limitarse a afirmar la existencia de la competencia legal.

Por lo tanto, el objetivo de esta comunicación científica fue investigar el contenido prescriptivo de los Protocolos de Enfermería de la Atención Primaria de Salud de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo y elaborar una matriz de consulta sobre los medicamentos cuya prescripción está atribuida a los enfermeros.

MÉTODO

Tipo de estudio y guía de informe

Estudio cualitativo de síntesis documental, en el que se trata el documento como unidad de observación y cada recomendación de medicamentos como unidad de registro. Para mayor transparencia y reproducibilidad, se utilizaron los puntos aplicables de la guía *CARDA: Guiding document analyses in health professions education research*⁽¹³⁾.

Población, muestra y lugar del estudio

La población correspondió al corpus documental circunscrito a los Protocolos de Enfermería de la Atención Primaria de Salud publicados por la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo. La muestra fue censitaria e incluyó cuatro módulos vigentes puestos a disposición para el análisis. El Módulo 1 abordó la salud de los niños y adolescentes. El Módulo 2 trató sobre las personas de la tercera edad. El Módulo 3 abordó a los adultos. El Módulo 4 trató sobre la salud de la mujer⁽⁹⁻¹²⁾.

La unidad documental fue cada protocolo y la unidad de contexto fue el capítulo, subcapítulo, cuadro, tabla, algoritmo, diagrama de flujo o nota en la que aparecía la prescripción. La unidad de registro fue cada recomendación de medicamentos atribuida al enfermero.

El lugar de análisis fue el entorno de documentación virtual de la red municipal de atención primaria, sin recolección de datos en las unidades de atención.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron las recomendaciones que presentaban el nombre del medicamento y una autorización explícita o contextual para que el enfermero lo recetara. También se incluyeron las prescripciones descritas en cuadros, algoritmos, flujos, manejo de quejas y programas de salud pública.

Se excluyeron las menciones farmacológicas utilizadas únicamente como contenido educativo, historial terapéutico, contraindicación aislada o tratamiento exclusivamente médico. Se excluyeron del estudio los productos sin principio activo definido y las intervenciones no farmacológicas.

Recolección de datos

La recopilación se llevó a cabo entre octubre de 2025 y febrero de 2026. Inicialmente, se realizó una búsqueda electrónica en los archivos utilizando los términos "medicamento", "medicación", "recetar", "receta", "tratamiento" y "unidades de dosis". A

continuación, se leyeron íntegramente los capítulos recuperados y las páginas adyacentes. En una segunda lectura se verificó si cada elemento estaba asociado al enfermero y se identificaron las afecciones, las dosis, las vías de administración, la duración, las advertencias y la necesidad de seguimiento médico.

Los datos se registraron en una matriz con las variables protocolo, página, condición clínica, principio activo, asociación, presentación, dosis, vía, frecuencia, duración, población, modalidad de prescripción y condición. Los nombres se normalizaron según la Denominación Común Brasileña cuando fue posible. Las asociaciones en una misma formulación se contaron como una unidad. El mismo principio activo, cuando se repetía en más de un módulo, se contó una vez en la síntesis general y se mantuvo en todas las indicaciones de la matriz analítica.

Análisis de los datos

El análisis categórico fue realizado por dos enfermeros especialistas en Atención Primaria de la Salud que cuentan con más de 20 años de experiencia práctica en los servicios de salud donde se aplican los protocolos de enfermería objeto de este estudio. Las condiciones se agruparon en evaluación clínica, confirmación diagnóstica, límite temporal, monitoreo, contraindicación y derivación. Las discrepancias ortográficas o de dosis se verificaron en el texto original. El estudio no evaluó la adecuación farmacológica fuera de los protocolos.

RESULTADOS

Los protocolos presentaron una estructura similar, con contextualización de las políticas de salud, consulta de enfermería, proceso de enfermería, condiciones clínicas, intervenciones, prescripciones, derivaciones y referencias. Las recomendaciones farmacológicas no se concentraban en una sola sección. Se identificaron en capítulos clínicos, cuadros terapéuticos, tablas, algoritmos, diagramas de flujo y notas.

Los cuatro protocolos de enfermería sumaron 1.055 páginas, cuyo análisis identificó 49 principios activos o combinaciones con recomendación de prescripción atribuida al enfermero. El módulo sobre adultos presentó la mayor diversidad, seguido por los módulos sobre salud de la mujer, el niño y el adolescente, y la persona mayor. Parte de los medicamentos apareció en más de un documento, principalmente analgésicos, antiparasitarios, antifúngicos tópicos, suplementos y soluciones de rehidratación.

Los 49 ítems se distribuyeron en 12 grupos terapéuticos, entre los cuales los antiinfecciosos constituyeron el grupo más numeroso. A continuación se presentaron los medicamentos cardiovasculares, los analgésicos y antipiréticos, los suplementos y los medicamentos gastrointestinales. La distribución reflejó el perfil de los capítulos. El módulo sobre la mujer se centró en la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo y la menopausia. El módulo dedicado a los adultos abarcó afecciones crónicas, dolencias agudas, enfermedades transmisibles y arbovirosis.

Tabla 1 - Distribución de los medicamentos identificados en los protocolos, según el grupo terapéutico, São Paulo, Brasil, 2026.

Grupo terapéutico	n
Antiinfecciosos sistémicos y tópicos	13
Cardiovasculares	12
Analgésicos, antipiréticos y antiespasmódicos	4
Antidiabéticos	3
Suplementos y antianémicos	4
Anticonceptivos hormonales	4
Productos dermatológicos no antiinfecciosos	3
Gastrointestinales y rehidratación	2
Antiparasitarios	3
Terapia vaginal para la menopausia	1
Medicamentos respiratorios y soluciones nasales	1
Antiagregantes plaquetarios	1

Fuente: Elaborado por los autores (2026).

La modalidad de prescripción no fue homogénea. Los antihipertensivos y antidiabéticos se prescribieron, en casos específicos, como continuación del plan iniciado por el médico y por un período limitado. Los medicamentos para afecciones agudas, suplementos, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y arbovirosis se vincularon a la evaluación y a los criterios definidos por el protocolo. Los antimicrobianos exigían un diagnóstico sindrómico o etiológico, la evaluación de alergias, el tratamiento de las parejas y la derivación cuando fuera indicada.

El registro clínico y el proceso de enfermería se presentaron como elementos transversales. Los protocolos relacionaron datos subjetivos y objetivos con el diagnóstico, la planificación y la implementación. La prescripción se describió dentro del plan de atención. El seguimiento incluyó la respuesta clínica, la repetición de exámenes, el control de la presión arterial, la glucemia y los parámetros hematológicos, o una reevaluación en un plazo definido.

Cuadro 1 - Medicamentos identificados y principales contextos de prescripción, São Paulo, Brasil, 2026.

Grupo	Medicamentos	Contextos principales
Cardiovasculares	Espironolactona; furosemida; hidroclorotiazida; atenolol; propranolol; captopril; enalapril; mononitrato de isosorbida; amlodipino; nifedipino; losartán; metildopa	Hipertensión y continuidad terapéutica, con evaluación y límite temporal
Antidiabéticos	Glibenclamida; gliclazida; metformina	Diabetes, continuidad terapéutica, sin incluir la insulina
Analgésicos y antipiréticos	Paracetamol; dipirona; ibuprofeno; escopolamina	Dolor, fiebre, arbovirosis, cólicos y molestias frecuentes
Antiinfecciosos	Azitromicina; ceftriaxona; doxiciclina; metronidazol; clindamicina; nistatina; miconazol; ketoconazol; fluconazol; itraconazol; aciclovir; cefalexina; penicilina G benzatina	Infecciones de transmisión sexual, candidiasis, dermatosis, infecciones pediátricas y sífilis
Antiparasitarios	Albendazol; ivermectina; permetrina	Helmintiasis, pediculosis y sarna
Anticonceptivos	Etilestradiol combinado con levonorgestrel; noretisterona; acetato de medroxiprogesterona; levonorgestrel	Anticoncepción regular y de emergencia, según elegibilidad
Suplementos y antianémicos	Ácido fólico; sulfato ferroso; carbonato de calcio; vitaminas A y D combinadas	Preconcepción, embarazo, infancia y prevención de deficiencias
Gastrointestinales y rehidratación	Sales para rehidratación oral; aceite mineral	Deshidratación, diarrea y estreñimiento selectivo
Dermatológicos	Óxido de zinc combinado con vitaminas A y D; dexametasona tópica; cloruro de sodio nasal	Dermatitis asociada a la incontinencia, inflamación cutánea e higiene nasal
Menopausia	Estriol vaginal	Síndrome genitourinario de la menopausia, con seguimiento
Antiagregante	Ácido acetilsalicílico	Prevención de la preeclampsia en mujeres embarazadas con criterios de riesgo

Fuente: Elaborado por los autores (2026).

Los factores que condicionan la seguridad de la prescripción se encontraron en todos los módulos. Entre ellos se encontraban las alergias, el embarazo, la función renal, la edad, el peso, el riesgo cardiovascular, la interacción medicamentosa, la dosis máxima, la duración y los signos de alarma. En las personas de la tercera edad, hubo orientación específica sobre la conciliación, la polifarmacia y la interacción. En los niños, el peso y el grupo de edad determinaron las dosis. En el ámbito de la salud de la mujer, los criterios de elegibilidad orientaron el uso de anticonceptivos y los factores de riesgo definieron la administración de ácido acetilsalicílico y calcio durante el embarazo.

La trazabilidad presentó variaciones. Algunas tablas indicaban el principio activo, la concentración, la posología y la duración. Otras remitían a la Lista Municipal de Medicamentos Esenciales o a protocolos complementarios. Se observaron repeticiones, diferencias ortográficas y recomendaciones distribuidas en capítulos distintos. Esta característica respalda la utilidad de una matriz única para consulta y actualización.

Los cuatro protocolos vincularon la práctica clínica con la consulta de enfermería, equiparándola al Proceso de Enfermería. Sin embargo, la relación entre el diagnóstico de enfermería y la indicación farmacológica no siempre se presentó de manera directa. La prescripción apareció principalmente en la planificación y la implementación de la atención. La evolución se asoció al seguimiento de la respuesta clínica, la aparición de efectos adversos y la revisión de las estrategias de tratamiento.

Los documentos configuraron la prescripción de medicamentos como una competencia condicionada, y no como una autorización farmacológica sin restricciones. La posibilidad de prescribir dependió de la condición clínica, la población, los criterios definidos en el protocolo y el nivel de autonomía otorgado al enfermero.

El corpus también reveló la coexistencia entre prescripciones autónomas, prácticas compartidas y situaciones reservadas al médico. Esta organización delimitó las fronteras profesionales dentro de las líneas de atención.

DISCUSIÓN

El estudio identificó un alcance prescriptivo distribuido por ciclos de vida y condiciones clínicas. El hallazgo principal no fue únicamente la cantidad de medicamentos. La estructura documental mostró que la prescripción adopta modalidades distintas. En algunas situaciones, el enfermero inicia el tratamiento de acuerdo con criterios establecidos. En otras, mantiene una terapia previamente definida. Esta diferencia altera el razonamiento, el registro y la necesidad de comunicación interprofesional.

La legislación brasileña condiciona la competencia a los programas de salud pública y a las rutinas institucionales^(3,4). La Resolución Cofen n.º 801/2026 añade parámetros operativos y vincula la prescripción al Proceso de Enfermería⁽⁵⁾. Los protocolos municipales concretan esta autorización. Por lo tanto, una lista de medicamentos no debe interpretarse como un formulario independiente. Cada elemento permanece vinculado a la indicación, a la población y al flujo de atención que justificó su inclusión.

La presencia de antiinfecciosos requiere atención, ya que el uso inadecuado de antimicrobianos aumenta los eventos adversos y la resistencia. La Organización Mundial de la Salud considera que la resistencia a los antimicrobianos es una amenaza relevante y recomienda programas de uso racional⁽¹⁴⁾. El papel del

enfermero incluye la evaluación, la selección conforme al protocolo, la orientación, el registro, el seguimiento y la derivación. El farmacéutico aporta el análisis de la receta y el asesoramiento en la dispensación⁽⁷⁾. Esta secuencia favorece la detección de fallas, pero depende de la comunicación y de criterios comunes.

Los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos se prescribieron principalmente como parte de la continuidad terapéutica. Esta modalidad puede facilitar el acceso y el seguimiento a largo plazo en afecciones crónicas. También exige claridad sobre la estabilidad clínica, los exámenes, los objetivos, los eventos adversos y el plazo para la reevaluación médica. La simple repetición de la receta no se ajusta al proceso de enfermería, que debe equivaler a una consulta de enfermería centrada en la verificación de la adherencia, los resultados, los cambios clínicos y los problemas relacionados con los medicamentos.

La población de adultos mayores requiere medidas de protección adicionales, ya que los cambios farmacocinéticos, la multimorbilidad y la polifarmacia aumentan el riesgo de interacciones y daños⁽¹⁵⁾. El protocolo recomendó la revisión de todos los medicamentos utilizados, incluidos los no recetados. Esta recomendación acerca la consulta de enfermería a la conciliación de medicamentos. Una matriz de medicamentos debe incluir alertas sobre duplicación, función renal, hipotensión, hipoglucemia y uso prolongado de medicamentos potencialmente inadecuados.

En la salud infantil, las dosis dependientes del peso hacen que la prescripción sea vulnerable a errores matemáticos y a errores por datos de peso desactualizados. La seguridad exige el registro de la medida, la concentración disponible, la dosis por kilogramo, el intervalo y la dosis máxima. La prescripción electrónica puede realizar cálculos, pero debe mostrar la fórmula y permitir la verificación. La automatización sin transparencia genera dependencia del sistema y puede reproducir configuraciones incorrectas.

En el ámbito de la salud de la mujer, el alcance abarca la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo y la menopausia. Los criterios de elegibilidad para la anticoncepción y los factores de riesgo obstétrico muestran que el medicamento es consecuencia de una clasificación clínica. El enfermero debe reconocer las situaciones en las que el beneficio supera el riesgo, las contraindicaciones y la necesidad de atención compartida. La prescripción de estriol vaginal, por ejemplo, incluye el seguimiento y la evaluación de las alteraciones.

El conjunto analizado también muestra cómo los protocolos funcionan como instrumentos de gobernanza. Estandarizan las conductas y brindan respaldo, pero requieren control de versiones. Los cambios legales, las nuevas evidencias, las modificaciones en la Lista Municipal de Medicamentos Esenciales y las alertas sanitarias pueden hacer que las recomendaciones queden obsoletas. Un repositorio único, con fecha de vigencia e historial de modificaciones, reduciría las inconsistencias entre los módulos.

La transformación digital puede mejorar la trazabilidad, ya que la firma electrónica calificada, la identificación del profesional y la integración con el expediente médico protegen la autoría y la integridad^(5,7-8). Los campos estructurados pueden requerir el diagnóstico, el protocolo, la dosis, la duración y el plan de seguimiento. Las alertas deben ser específicas y priorizadas para evitar la fatiga. La receta electrónica debe respaldar el juicio clínico, sin sustituirlo.

Estudios internacionales indican que la prescripción por parte de profesionales no médicos puede producir resultados comparables en contextos seleccionados, aunque la calidad dependa de la formación, el alcance y el diseño del servicio^(1-2,16). El análisis municipal de los protocolos agrega una dimensión normativa local. Muestra qué medicamentos se han incorporado a la práctica de prescripción y qué condiciones limitan dicho acto. Este conocimiento permite evaluar las prácticas reales en estudios posteriores.

La educación continua debe combinar farmacología, examen clínico, diagnóstico de enfermería y comunicación. Las capacitaciones centradas únicamente en completar la receta son insuficientes. Los casos simulados pueden evaluar la selección del medicamento, las contraindicaciones, el cálculo, la orientación y el seguimiento. Las auditorías pueden utilizar indicadores como el registro del protocolo, la exhaustividad, la reevaluación y la concordancia con los criterios.

El análisis de las modalidades de prescripción también evita confundir la autonomía con la sustitución profesional. El inicio de un tratamiento previsto en un protocolo exige una decisión propia del enfermero, basada en criterios y registrada en el expediente médico. La continuidad terapéutica exige confirmar que las condiciones del plan anterior siguen siendo válidas. El manejo sintomático exige descartar signos de gravedad y definir un plazo para la reevaluación. La prescripción programática depende de las reglas del programa, como el cribado, el tratamiento de contactos, la suplementación o la prevención. Estas modalidades pueden compartir el mismo formulario de prescripción, pero no comparten el mismo proceso de toma de decisiones.

La integridad de la receta constituye solo una dimensión de la seguridad. El nombre del usuario, el nombre genérico, la concentración, la forma farmacéutica, la vía de administración, la dosis, la frecuencia, la duración, la fecha y la identificación del prescriptor son requisitos verificables. La seguridad clínica requiere información adicional en el expediente médico, incluyendo datos de la evaluación, el diagnóstico, la justificación, las orientaciones, las señales de alerta y el plan de seguimiento. Separar la receta del registro clínico compromete la comprensión del acto. Los sistemas electrónicos deben mantener un vínculo entre ambos y permitir la auditoría sin necesidad de reconstruir manualmente la atención brindada.

La dispensación farmacéutica funciona como una barrera de seguridad posterior. El farmacéutico verifica la autenticidad, la legalidad, la dosis, la duración, las incompatibilidades y las condiciones de suministro. Las dudas deben dar lugar a un contacto con el médico prescriptor, y no a una modificación unilateral de la receta. La interacción entre enfermería y farmacia requiere canales definidos, tiempos de respuesta y criterios para la devolución. Los protocolos compartidos reducen las discrepancias entre lo que se receta y lo que se puede dispensar en la red pública o privada.

La presencia de medicamentos sujetos a un control sanitario específico exige atención operativa. Los antimicrobianos tienen normas de retención, vigencia y registro. Las recetas para infecciones de transmisión sexual también pueden implicar el tratamiento de las parejas, la notificación y el asesoramiento. Estos componentes forman parte del plan terapéutico. La disponibilidad del medicamento en el centro no sustituye la verificación de la indicación, las alergias, las interacciones, el embarazo, la función renal o la respuesta previa. El uso racional depende de la coherencia entre el diagnóstico, la elección y el seguimiento.

El estudio reveló que un mismo principio activo puede tener dosis y duraciones diferentes según la edad, el peso, el estado de salud y el objetivo terapéutico. El paracetamol y la dipirona aparecieron en varios módulos, pero la prescripción pediátrica depende del peso, mientras que la prescripción para adultos utiliza rangos de dosis y dosis máximas diarias. El sulfato ferroso se utilizó para la prevención y el tratamiento, con esquemas distintos. La estandarización por principio activo debe preservar estas variaciones. Una lista que omita el contexto puede generar errores por simplificación.

La actualización periódica debe seguir un método formal. Las modificaciones pueden iniciarse por una nueva norma, un cambio en la lista de medicamentos, una alerta de farmacovigilancia, una escasez de suministro o una revisión de la evidencia. Cada modificación requiere un análisis de impacto, aprobación, comunicación y fecha de implementación. Los sistemas electrónicos, los materiales educativos y los protocolos impresos deben actualizarse de manera sincronizada. La coexistencia de versiones crea el riesgo de prescripciones divergentes y dificulta la atribución de responsabilidades.

La evaluación de la competencia debe considerar tanto el conocimiento como el desempeño. Las pruebas teóricas pueden evaluar el conocimiento de la legislación, la farmacología y la interpretación de los protocolos. La simulación clínica puede evaluar la recopilación de datos, el cálculo de la dosis, la toma de decisiones, la comunicación y el registro. La supervisión y la auditoría formativa permiten identificar patrones de error. La autorización institucional debe ir acompañada de criterios de acreditación, actualización y reevaluación, especialmente para los medicamentos de mayor riesgo o de baja frecuencia de uso.

Los resultados también tienen implicaciones para la investigación en servicios. La matriz documental permite construir indicadores de cumplimiento y seleccionar muestras de expedientes médicos. Estudios futuros pueden medir la proporción de recetas con protocolo identificado, la adecuación de la dosis, la presencia de un diagnóstico, la reevaluación dentro del plazo y la ocurrencia de eventos adversos. También pueden comparar unidades, categorías terapéuticas y modalidades de prescripción. El análisis debe evitar utilizar el volumen de recetas como medida aislada de productividad.

La síntesis generada puede servir de guía para elaborar una lista institucional, pero su implementación requiere la validación formal por parte de la Secretaría Municipal de Salud. Las dosis no deben copiarse a los sistemas sin una revisión farmacéutica y clínica previa. El corpus contiene remisiones, diferencias editoriales y actualizaciones en fechas distintas. La gobernanza debe definir quién actualiza, aprueba, prueba y comunica los cambios.

La organización del corpus por ciclos de vida también pone de manifiesto solapamientos. Los analgésicos, antifúngicos, antiparasitarios y suplementos aparecen en más de un módulo. Esta repetición puede ser necesaria para que cada protocolo sea autosuficiente. Sin embargo, aumenta la probabilidad de que surjan discrepancias cuando se actualiza una sección y otra permanece sin cambios. Una capa transversal de medicamentos, vinculada a los módulos clínicos, podría reducir la duplicación y preservar las particularidades de cada población.

La estandarización terminológica constituye otro punto. Los documentos alternaban nombres de principios activos, sales, concentraciones y formas farmacéuticas. Para uso clínico, la denominación debe corresponder al producto disponible y a la Denominación Común Brasileña. Para fines de análisis, la

normalización debe mantener el texto original y registrar la forma estandarizada en un campo separado. Esta estrategia permite rastrear la fuente, comparar protocolos y evitar que se agrupen medicamentos distintos por similitud de nombre.

Las referencias a listas municipales y notas técnicas muestran que el protocolo no funciona de manera aislada. La decisión de prescripción puede depender de la disponibilidad en la red, de la versión de la Lista Municipal de Medicamentos Esenciales, de las tendencias epidemiológicas y de las orientaciones temporales. El sistema de apoyo debe presentar el documento vigente al momento de la consulta. Los enlaces rotos o los archivos sin control de versiones reducen la confiabilidad y obligan al profesional a buscar información en fuentes paralelas.

La farmacovigilancia debe integrarse al seguimiento y, gracias a ella, el enfermero puede identificar reacciones adversas, fallas terapéuticas, uso incorrecto e interacciones durante consultas posteriores. El registro de estos eventos permite revisar el plan y enviar notificaciones cuando sea pertinente. Los protocolos y los sistemas electrónicos deben indicar qué signos exigen la suspensión, una evaluación urgente o la comunicación al servicio de referencia. La evolución de la atención de enfermería es el momento en que la decisión inicial se compara con los resultados observados.

La comunicación con el usuario influye en la efectividad, ya que la orientación debe incluir la finalidad, la forma de uso, la duración, qué hacer en caso de olvido, los efectos esperados, los eventos adversos y los signos de alarma. En el caso de niños y personas mayores, los cuidadores pueden participar, siempre y cuando se incluya al usuario según su capacidad y autonomía. El lenguaje debe tener en cuenta la alfabetización en salud, las barreras sensoriales y el contexto cultural. La receta escrita no sustituye la confirmación de la comprensión.

También se debe considerar la equidad, teniendo en cuenta que ampliar el acceso a través de la consulta de enfermería puede reducir los tiempos de espera en zonas con mayor presión asistencial. Este beneficio depende del suministro regular de medicamentos, la capacitación de los profesionales y la continuidad de la atención. Sin estos componentes, la prescripción puede constituir únicamente una orientación sin posibilidad de ejecución. Los indicadores de acceso deben incluir la obtención del medicamento, el inicio del tratamiento y el seguimiento, y no solo la emisión de la receta.

La gobernanza clínica debe definir las responsabilidades en situaciones excepcionales. La falta del medicamento estándar, una alergia, una contraindicación o un fracaso previo pueden requerir una alternativa terapéutica. El enfermero debe saber cuándo el protocolo autoriza la sustitución y cuándo el caso requiere una consulta interdisciplinaria. La flexibilidad sin reglas aumenta la variabilidad. La rigidez sin vías de excepción puede retrasar el tratamiento. Los flujos de decisión deben explicitar las opciones, los límites y los canales de apoyo.

La incorporación de la matriz en los expedientes médicos electrónicos debe someterse a pruebas antes de su implementación. Los casos de prueba pueden incluir dosis pediátricas, duplicaciones, alergias, embarazo, función renal y duración máxima. La validación debe verificar el contenido y el comportamiento del sistema. Las modificaciones deben pasar por un entorno de homologación y registro de versión. Las auditorías posteriores pueden identificar alertas ignoradas, campos incompletos y diferencias entre la receta generada y el protocolo vigente.

El análisis documental no sustituye la revisión farmacoterapéutica de cada recomendación. Algunos protocolos se elaboraron antes de la publicación de normas posteriores o presentan referencias con fechas diferentes. La armonización debe evaluar la evidencia, la disponibilidad, la seguridad y la coherencia entre los módulos. Este trabajo requiere una decisión institucional formal. La contribución de este estudio radica en hacer que el contenido sea localizable y comparable, creando una base para la revisión técnica y no una autorización paralela de prescripción.

La medición de los resultados clínicos debe acompañar cualquier expansión operativa. Las tasas de control de la presión arterial, la resolución de los síntomas, la adherencia y las consultas de seguimiento pueden analizarse junto con los eventos adversos y las derivaciones. Las comparaciones deben ajustar las diferencias de población y gravedad. El objetivo no es demostrar la productividad por número de recetas, sino verificar si la prescripción integrada en el proceso de enfermería genera una atención oportuna, segura y coordinada.

La formación universitaria también puede utilizar la matriz. Los contenidos de farmacología deben articularse con la consulta, los diagnósticos de enfermería y los protocolos institucionales. Los estudiantes deben comprender que la competencia legal no elimina los límites institucionales. Los ejercicios con protocolos locales ayudan a reconocer criterios, calcular dosis y planificar el monitoreo. La transición a la práctica requiere supervisión y actualización, ya que el alcance puede variar entre instituciones.

Por último, la participación del usuario puede enriquecer la revisión de los protocolos. Las dificultades de comprensión, acceso, administración y retroalimentación indican aspectos que no aparecen en el análisis normativo. Los materiales de orientación deben someterse a pruebas con usuarios y cuidadores. La gobernanza puede incluir canales para reportar problemas relacionados con la prescripción y la dispensación. Estos datos complementan las auditorías clínicas y orientan los cambios en el texto, en el sistema electrónico y en el flujo de atención.

La consolidación documental también favorece la transparencia institucional. Los profesionales deben acceder a la versión vigente, conocer la fecha de aprobación e identificar las modificaciones relevantes. Los usuarios y los farmacéuticos deben reconocer la legitimidad de la receta. La publicación de una lista comentada, vinculada a los protocolos y sin desligarla del contexto clínico, puede reducir las dudas sobre su alcance. Este recurso debe informar que la presencia del medicamento en la lista no exime de la consulta, el registro, la evaluación de riesgos, el seguimiento y la comunicación interprofesional documentada en toda la red.

Limitaciones del estudio

El análisis se limitó a cuatro protocolos de un municipio. Los resultados no describen todos los medicamentos que pueden recetar las enfermeras en Brasil. Los documentos tenían diferentes fechas de revisión y niveles de detalle. Los cambios normativos o las actualizaciones posteriores pueden modificar el alcance identificado.

El análisis documental no permitió verificar cómo se realizan las prescripciones en las unidades, qué medicamentos se dispensan efectivamente o cómo interpretan los profesionales las recomendaciones ambiguas. La clasificación de la modalidad de prescripción implicó una interpretación, sobre todo cuando el texto no identificaba directamente al profesional responsable. Este riesgo se redujo mediante definiciones operativas, el análisis del contexto y la revisión de las decisiones.

Aportes a la ciencia

El estudio ofrece una taxonomía del alcance prescriptivo del personal de enfermería en una red municipal de atención primaria. La distinción entre inicio, continuidad, prescripción programática y manejo sintomático permite realizar investigaciones sobre calidad y seguridad. La matriz puede servir de base para instrumentos de auditoría, planes de estudios de educación continua y requisitos funcionales para la prescripción electrónica. También proporciona una base para comparar protocolos entre municipios y monitorear cambios normativos.

CONCLUSIÓN

Los protocolos analizados documentaron 49 principios activos o combinaciones, distribuidos en 12 grupos terapéuticos. El alcance incluyó afecciones agudas, seguimiento de enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, embarazo, infancia y atención a personas mayores. Los grupos más numerosos fueron los de medicamentos antiinfecciosos y cardiovasculares.

La prescripción se vinculó a la consulta y al proceso de enfermería. Los documentos exigían evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evolución. También definieron criterios clínicos, duración, seguimiento y derivación. La autonomía prescriptiva siguió dependiendo de los protocolos aprobados, la competencia profesional y la estructura institucional.

La consolidación en una matriz única puede reducir la dispersión documental y facilitar los sistemas electrónicos. Dicha matriz debe incluir la indicación, la dosis, la población, las contraindicaciones, la modalidad de prescripción, la versión del protocolo y el plan de seguimiento. Se recomienda una validación institucional periódica, con la participación de enfermería, farmacia, medicina, seguridad del paciente y tecnología de la información.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Transparencia en la contribución de los autores según la taxonomía [CRediT](#).

Conceptualización	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses
Curación de datos	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses
Análisis formal	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Captación de fondos	No aplicable
Investigación	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Metodología	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Administración del proyecto	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Recursos	No aplicable
Software	No aplicable
Supervisión	Abel Silva de Meneses
Validación	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Visualización	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses
Redacción - borrador original	Tatiana Roberta Lucena de Meneses
Redacción - revisión y edición	Tatiana Roberta Lucena de Meneses; Abel Silva de Meneses

DECLARACIONES

Conflictos de intereses	No Aplicable
Financiamiento	No Aplicable
Aprobación ética	No Aplicable
Agradecimientos	No Aplicable
Preprint	No Aplicable
Inteligencia Artificial	Se utilizó ChatGPT, modelo GPT-5.6 Thinking, desarrollado por OpenAI, el 15 de julio de 2026. La herramienta de inteligencia artificial generativa se utilizó como apoyo para la revisión lingüística, la organización textual y la adecuación formal del manuscrito. La selección de las fuentes, el análisis de los documentos, la interpretación de los resultados y la aprobación de la versión final fueron realizados por los autores, quienes asumen la responsabilidad total por el contenido.

TRADUCCIÓN

La traducción de este artículo ha sido realizada con la ayuda de la inteligencia artificial [DeepL Translator](#) a partir de la versión original escrita en portugués (Brasil). La versión traducida fue sometida a la supervisión del equipo editorial, que consistió en una revisión editorial de alcance limitado. Las traducciones asistidas por inteligencia artificial pueden presentar variaciones en el idioma nativo.

REFERENCIAS

- Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2011 May 27;11:127. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>.
- Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health. 2019;17(1):95. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>.
- Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília, DF: Presidência da República; 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.
- Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/1986. Brasília, DF: Presidência da República; 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 801, de 14 de janeiro de 2026. Estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro. Brasília, DF: Cofen; 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cofen-n-801-de-14-de-janeiro-de-2026-682701425>.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen; 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cofen-n-736-de-17-de-janeiro-de-2024-539060363>.
- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Manual de orientação: prescrição e dispensação de medicamentos na área de enfermagem. 1a ed. São Paulo: CRF-SP; Coren-SP; 2026. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2026/05/manual-orientacao-prescricoes-de-enfermagem.pdf>.
- Martiniano CS, Andrade PS, Magalhães FC, Souza FF, Clementino FS, Uchôa SAC. Legalization of nurse prescribing of medication in Brazil: history, trends and challenges. Text Context Nursing, 2015 Jul-Sep; 24(3): 809-17. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001720014>.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 1, atenção primária à saúde da criança e do adolescente. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2025.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 2, atenção primária à saúde da pessoa idosa. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2024.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 3, atenção primária à saúde da pessoa adulta. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2025.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos de enfermagem: módulo 4, atenção primária à saúde da mulher. 5a ed. rev. São Paulo: SMS; 2024.
- Cleland J, MacLeod A, Ellaway RH. CARDA: Análise de documentos orientadores na pesquisa em educação das profissões de saúde. Med Educ. 2023 maio; 57(5):406-417. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14964>.

14. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO; 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>.
15. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-81. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>.
16. Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):CD011227. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2>.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

La matriz de medicamentos se elaboró como material complementario para reunir, en un solo documento, las prescripciones de medicamentos identificadas en los Protocolos de Enfermería de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo. Su organización sigue los módulos destinados a la salud de los adultos, las mujeres, las personas mayores y los niños y adolescentes. Para cada registro, se incluyeron los medicamentos, la indicación clínica, la posología o las instrucciones y la página correspondiente en el protocolo de origen.

La matriz conserva las particularidades de cada recomendación documental. Un mismo principio activo puede aparecer más de una vez cuando existan diferencias en la indicación, la dosis, la duración, la población atendida o la modalidad de prescripción. También se mantuvieron las situaciones de continuidad terapéutica, atención compartida y derivación, ya que estas condiciones delimitan el alcance clínico asignado al enfermero en los documentos analizados.

El material tiene como finalidad la trazabilidad y la consulta documental. Permite localizar la recomendación en el protocolo original y comparar los medicamentos utilizados en diferentes ciclos de vida y líneas de atención. La matriz no debe interpretarse como un formulario terapéutico independiente, una lista nacional de medicamentos autorizados ni un sustituto de las etapas del proceso de enfermería.

La aplicación clínica de cualquier elemento requiere consultar la versión vigente del protocolo, realizar una evaluación individual, registrarlo en el expediente médico y cumplir con las normas institucionales y profesionales. Las actualizaciones de la Lista Municipal de Medicamentos (REMUME), de las resoluciones municipales o de los propios protocolos pueden modificar las indicaciones, las presentaciones y los esquemas terapéuticos. Por esta razón, el material complementario debe utilizarse como un resumen de los documentos analizados durante el período del estudio.

Matriz de 'Medicamentos' con prescripción asignada a enfermeros de atención primaria de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo
PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA - SMS-SP 5.ª ed. 2024/2025

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLÓGIA / ORIENTACIÓN	PG
SALUD DEL ADULTO			
Bensilato de amlodipino 5 mg, 10 mg (comprimidos)	HAS	Durante la consulta de enfermería con un paciente hipertenso, se podrán recetar los medicamentos antihipertensivos que figuran en el REMUME, dando continuidad al plan terapéutico propuesto para este usuario y ya iniciado por el médico. Tenga en cuenta la Orden SMS.G n.º 440 de 2023 Todas las afecciones previstas en los protocolos de Salud de la Mujer, de las Personas Mayores y de los Adultos pueden abordarse en la consulta dedicada a la HTA, con intervenciones y prescripciones de enfermería contenidas en dichos protocolos	111
Atenolol 50 mg (cp)			
Isosorbida 20 mg (comprimido)			
Furosemida 40 mg (comprimido)			
Hidroclorotiazida 25 mg (comprimido)			
Metildopa 250 mg (comprimido)			
Nifedipina 20 mg (comprimido)			
Clorhidrato de propranolol 40 mg (comprimido)			
Captopril 25 mg (comprimido)			
Maleato de enalapril 5 mg, 20 mg (comprimido)			
Espironolactona 25 mg, 100 mg (comprimido)			
Losartán 50 mg (comprimido)			
Gliclazida 60 mg (comprimido)	DM	Durante la consulta de enfermería con el paciente con diabetes, se le podrán recetar los medicamentos antidiabéticos, EXCEPTO LA INSULINA, que figuran en la REMUME, dando así continuidad al plan terapéutico propuesto por el médico para este usuario. Tenga en cuenta la Orden de la Secretaría de Salud (SMS) G. N.º 440 de 2023	131
Clorhidrato de metformina 500 mg, 850 mg (comprimido)			
Sinvastatina 10, 20 y 40 mg (cp)	Dislipidemia	Prescribir medicamentos hipolipemiantes incluidos en la REMUME, dando continuidad al plan terapéutico propuesto por el médico a este usuario	91
Nicotina 7, 14 y 21 mg (parche)	Tabaquismo	Adhesivo transdérmico de liberación lenta, chicle o pastilla de liberación rápida. Considerar 1 mg de nicotina por cada cigarrillo y no superar la dosis máxima de 42 mg/día. Verificar la posología y las interacciones en el protocolo Recetado por un enfermero certificado en un grupo de apoyo para dejar de fumar	34, 35
Nicotina 2 mg (pastilla/goma de masticar)			
Nistatina 100 000 UI/ml (suspensión oral)	Candidiasis oral	4 ml por vía oral cada 6 horas durante 14 días (mantener en la boca el mayor tiempo posible)	70
Aciclovir 50 mg/g (5 %) crema, 200 mg (comprimido)	Herpes labial	Crema de aciclovir 5 veces al día durante 5 a 7 días si se trata del primer episodio con vesículas que hayan aparecido hace menos de 72 horas, o en caso de úlceras extensas o recurrentes	70
Crema de lidocaína al 2 %	Dolor	Aplicar sobre las lesiones cada 8 horas si es necesario para aliviar el dolor	70
Paracetamol 500 mg (comprimidos), 200 mg/ml (gotas)	Dolor y fiebre	Paracetamol 500-1000 mg cada 6 horas	70, 281, 284, 291, 293, 295, 303, 312, 315, 350, 356, 360, 378, 397
dipirona sódica 500 mg (comprimidos), 500 mg/ml (gotas)		Dipirona 500-1000 mg cada 6 horas	
Ibuprofeno 300 mg (comprimido), 50 mg/ml (gotas)		Ibuprofeno 300 mg (dosis máxima de 2 400 mg/día) — 1 comprimido cada 8 horas durante 5 días. También se debe comenzar a tomar de 2 a 3 días antes del período menstrual	281, 284, 300, 303

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLOGÍA / INSTRUCCIONES	PG
Butilbromuro de escopolamina 10 mg (comprimido, gotas)	Cólicos	Cada 8 horas durante un máximo de 5 días	303
Diclofenaco 50 mg (comprimidos)	Dolor	Cada 8 horas durante un máximo de 5 días. También se puede comenzar a tomar de 2 a 3 días antes del período menstrual	303
RHZE (rifampicina 150 mg/isoniazida 75 mg/pirazinamida 400 mg/etambutol 270 mg) (comprimido)	Tuberculosis	Peso de 20 a 35 kg: dosis de 2 comprimidos; peso de 36 a 50 kg: dosis de 3 comprimidos; peso de 51 a 70 kg: dosis de 4 comprimidos; peso > 70 kg: dosis de 5 comprimidos. Duración de 2 meses (fase intensiva/fase 1)	202
RH (dosis completa de rifampicina 300 mg/isoniazida 150 mg), (media dosis de rifampicina 150 mg/isoniazida 75 mg) (cp)		Peso de 20 a 35 kg: dosis de 1 comprimido de 300/150 mg; Peso de 36 a 50 kg: dosis de 1 comprimido de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg; Peso de 51 a 70 kg: dosis de 2 comprimidos de 300/150 mg; Peso > 70 kg: 2 comprimidos de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg. Duración de 4 meses (fase de mantenimiento/fase 2)	
Piridoxina 40 mg (comprimido)		NOTA: El tratamiento de la tuberculosis ósea y la tuberculosis del sistema nervioso central es de 12 meses (2 meses de la fase 1 + 10 meses de la fase 2)	
Sulfametoxazol + trimetoprim 400 mg + 80 mg (comprimido)		El tratamiento de la tuberculosis en personas con diabetes debe realizarse con el esquema básico durante al menos 6 meses, junto con el uso de piridoxina 40 mg/día	217
Nitrofurantoína 100 mg (cápsula)	Infección urinaria	Adultos: 800 (sulfametoxazol) + 160 (trimetoprim), por vía oral, cada 12 horas, durante 3 días para las mujeres y 7 días para los hombres (cistitis)	313
Norfloxacino 400 mg (comprimido)		Adultos: Tomar 100 mg cada 6 horas durante 3 días (mujeres) y 7 días (hombres), tomar con comida	313
Cefalexina 500 mg (cápsula, comprimido, tableta)		Adultos: 400 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 3 días (E. coli, K. pneumoniae o P. mirabilis) o de 7 a 10 días (en los demás casos)	313
Sales para rehidratación oral (polvo)		Adultos: 500 mg, por vía oral, cada 6 horas durante 7 a 14 días	313
Permetrina al 5 % (loción)	Deshidratación	Disolver el contenido en 1 litro de agua filtrada o hervida y administrar de 100 a 150 ml por kilo de peso corporal en un período de 4 a 6 horas.	318, 350, 361
Ivermectina 6 mg (comprimido)	Sarna	Retirar la loción después de 8 a 14 horas mediante un baño. Repetir después de 7 días	331
Permetrina al 1 % (loción capilar)	Scabiosis, pediculosis, tungiasis	Dosis única (por vía oral) — escala según el peso corporal (15-24 kg: 3 mg; 25-35 kg: 6 mg; 36-50 kg: 9 mg; 51-65 kg: 12 mg; 65-79 kg: 15 mg; ≥80 kg: 200 mcg/kg). Repetir cada 7 a 10 días	331, 332, 333
Cetoconazol 20 mg/g (2 %) (crema)	Pediculosis	Aplicar en todo el cuero cabelludo, dejar actuar durante 10 minutos y enjuagar	332
Miconazol 20 mg/g [2 %] (crema)	Dermatitis atópica	Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir la zona afectada, 2 veces al día (por la mañana y por la noche), durante 7 a 14 días. No exceder las 2 semanas de tratamiento	339
Fluconazol 150 mg (cápsula)	Micosis, pitiriasis versicolor, dermatitis atópica, intertrigo por candida	Aplicar una cantidad suficiente para cubrir la zona afectada dos veces al día durante 7 a 14 días	333, 334, 336, 339
Itraconazol 200 mg (cápsula)		En caso de fracaso terapéutico con miconazol o cuando la afectación sea extensa. Adultos: fluconazol 150 mg/semana o itraconazol 200 mg, 2 veces al día, durante 2 a 6 semanas	
Albendazol 400 mg (comprimido)	Intertrigo por candida	Albendazol 400 mg al día durante 3 días (no se puede usar en mujeres embarazadas)	335
ATA - ácido tricloroacético al 80 %	Larva migrans	Aplicar ATA al 80 %. Repetir cada 7 a 10 días durante un máximo de 8 semanas. Aislar la verruga	336
Aceite mineral (fr)	Verruga	Dermatitis seborreica: Aplica aceite mineral en la zona afectada, deja actuar durante 15 minutos y retira delicadamente las costras con la ayuda de un pañal, un peine o un cepillo suave	337, 355
Óxido de zinc 150 a 250 mg/g + retinol (vitamina A) + colecalciferol (pomada)	Dermatitis seborreica	Estreñimiento: 15 ml por la noche y 15 ml al día siguiente al despertar. Si no da resultado, aumente la dosis a 30 ml (2 cucharadas)	
Metoclopramida, clorhidrato 10 mg (cp)	Constipación	Aplicar después de cada cambio de pañal o cuando sea necesario	339, 342
Dimenidrinato 50 mg	Dermatitis atópica	Aplicar después de cada cambio de pañal o cuando sea necesario	350, 360, 378
Hidróxido de aluminio, suspensión oral 60 mg/ml, susp. oral (FR 100 ml)	Molestias gastrointestinales	Metoclopramida 10 mg cada 8 horas, si es necesario, hasta por 5 días	361
Cynara scolymus L. (alcachofa) 24 a 48 mg	Náuseas y vómitos	Cada 6 horas	365
Albendazol 400 mg (comprimido) y 40 mg/ml (suspensión oral)	Acidez estomacal/arzor de estómago	5 ml (una cucharadita), por vía oral, hasta 3 veces al día	369
	Ascariasis	2 comprimidos cada 12 horas durante seis meses	
	Ancilostomiasis	400 mg/día (por vía oral) en una sola dosis	
	Enterobiasis u oxiuriasis	(Enterobiasis/Oxiuriasis: repetir después de 2 semanas)	
Metronidazol 250 mg (comprimido)	Tricuriasis Teniasis	400 mg/día – vía oral cada 24 horas, durante 3 días	369
	Giardiasis	400 mg/día – vía oral. Durante 5 días	
	Amebiasis	400 mg al día – por vía oral, 3 veces al día. Durante 5 a 7 días	
		750 mg por dosis, por vía oral, 3 veces al día. Para casos leves y moderados: 5 días. Para casos graves: 10 días	
 >>  SALUD DE LA MUJER			
Levonorgestel 0,75 mg (comprimido)	Anticoncepción de emergencia	Se deben tomar dos comprimidos juntos, en una dosis única de 1,5 mg, hasta 72 horas después de la relación sexual.	28,31
Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg, comprimido, envase	Anticonceptivo hormonal oral combinado	Comenzar preferiblemente el primer día del ciclo menstrual (sangrado), pero se puede iniciar hasta el séptimo día del ciclo (recomendar el uso de un método de barrera durante 7 días). Ver otras instrucciones en el protocolo	30
Noretisterona 0,35 mg	Anticonceptivo hormonal oral de progestágeno aislado	Iniciar el tratamiento el primer día del ciclo menstrual (sangrado). Ver otras instrucciones en el protocolo	30
Dispositivo intrauterino	LARC	Se coloca en el útero por el tiempo indicado por el fabricante, y lo inserta una enfermera o un enfermero capacitado	31

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLOGÍA / INSTRUCCIONES	PG
Medroxiprogesterona, acetato 125 mg + cipionato de estradiol 5 mg, suspensión inyectable	Anticonceptivo inyectable	La primera aplicación debe realizarse, idealmente, antes del quinto día del ciclo menstrual (contando desde el inicio del sangrado). Ver otras instrucciones en el protocolo	28
Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/ml, suspensión inyectable			29
Algestona acetofenida 150 mg/ml + enantato de estradiol 10 mg/ml		Lo ideal es que la primera aplicación se realice entre el día 7 y el día 10 del ciclo menstrual (contando desde el inicio del sangrado). Consulte otras instrucciones en el protocolo	29
Noretisterona, enantato 50 mg/mL + estradiol, valerato 5 mg/mL, solución inyectable		Comenzar el primer día del ciclo menstrual (sangrado). Ver otras instrucciones en el protocolo	30
Metronidazol 250 mg (cp)	Vaginosis bacteriana, tricomoniasis citolítica	Primera opción de tratamiento: metronidazol 250 mg, 2 comprimidos por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días. Casos recurrentes: metronidazol 250 mg, 2 comprimidos por vía oral, 2 veces al día, durante 10 a 14 días	43, 44, 214
Gel vaginal de metronidazol 100 mg/g		Gel vaginal de metronidazol 100 mg/g, un aplicador lleno por vía vaginal, por la noche al acostarse, durante 14 días. Gel vaginal de metronidazol 100 mg/g, un aplicador lleno por vía vaginal, por la noche al acostarse, durante 14 días. Casos recurrentes: Gel vaginal de metronidazol 100 mg/g, un aplicador lleno, por vía intravaginal, una vez al día durante 10 días, seguido de un tratamiento supresor con dos aplicaciones, durante 4 a 6 meses	43, 44, 45, 133
Clindamicina 300 mg		Segunda opción de tratamiento: Clindamicina 300 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 7 días	43
Crema de miconazol al 2 %	Candidiasis vulvovaginal Candidiasis del prepucio/glande	Crema de miconazol al 2 %, vía vaginal, un aplicador lleno, por la noche al acostarse, durante 7 días. O	44
Nistatina 100 000 UI		Nistatina 100 000 UI, una aplicación por vía vaginal al acostarse, durante 14 días. Segunda opción de tratamiento: Fluconazol 150 mg, por vía oral, dosis única. O bien Itraconazol 100 mg, por vía oral, 2 comprimidos, 2 veces al día, durante 1 día. Casos recurrentes: Crema de miconazol al 2 %, vía vaginal, un aplicador lleno, por la noche al acostarse, durante 14 días. O bien, fluconazol 150 mg, por vía oral, una vez al día, los días 1, 4 y 7, seguido de un tratamiento de mantenimiento: fluconazol 150 mg, por vía oral, una vez a la semana durante 6 meses	
Fluconazol 150 mg			
Itraconazol 100 mg			
Penicilina G benzatina	Sífilis primaria, secundaria y reciente (hasta 2 años de contacto)	Esquema terapéutico: Penicilina G benzatina 2,4 millones de UI, IM, dosis única (1,2 millones de UI en cada glúteo). Esquema alternativo: Doxiciclina 100 mg, por vía oral, cada 12 horas durante 15 días. O Ceftriaxona 1 g, IM o IV, una vez al día durante 8 a 10 días	46, 143, 214
Ceftriaxona 1 g		Esquema terapéutico: Penicilina G benzatina 2,4 millones de UI, intramuscular, semanal, durante 3 semanas.	46
Doxiciclina 100 mg	Sífilis terciaria, sífilis latente tardía	Dosis total: 7,2 millones de UI. Esquema alternativo: Doxiciclina 100 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 30 días O Ceftriaxona 1 g, por vía intravenosa o intramuscular, una vez al día, durante 8 a 10 días	46
Azitromicina 500 mg (comprimido)	Linfogranuloma venéreo	Primera opción de tratamiento: Doxiciclina 100 mg, 1 tableta, por vía oral, cada 12 horas, durante 21 días Segunda opción de tratamiento: azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, por vía oral, 1 vez por semana durante 21 días (primera opción para mujeres embarazadas) Parejas sexuales: Parejas sexuales sintomáticas: tratar con los mismos medicamentos que en el caso índice. Parejas sexuales asintomáticas: azitromicina 500 mg, 2 tabletas, por vía oral, dosis única, O BIEN doxiciclina 100 mg, 1 tableta, por vía oral, 2 veces al día, durante 7 días	47, 133
Ceftriaxona 500 mg	Gonorrea, clamidia y chancro blando	Ceftriaxona 500 mg, intramuscular, dosis única + Azitromicina 500 mg, 2 tabletas por vía oral, dosis única	46, 47, 48, 133, 214
Aciclovir 200 mg (comprimido)	Herpes genital	Aciclovir 200 mg, 2 tabletas por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días O 1 tableta por vía oral, 5 veces al día, durante 7 días - Iniciar el tratamiento lo antes posible	48, 133
ATA - ácido tricloroacético al 80 %	VPH - Condiloma acuminado	Ácido tricloroacético (ATA) al 80 %-90 % (solución). Uso: Aplicar una pequeña cantidad únicamente sobre los condilomas, con un aplicador de algodón adecuado al tamaño de las lesiones, y dejar secar hasta que la lesión adquiera un color blanquecino. Una vez por semana durante 8 a 10 semanas. Si el paciente presenta dolor intenso, el ácido puede neutralizarse con jabón, bicarbonato de o talco	49, 134
Doxiciclina 100 mg (comprimido)	Donovanosis	Primera opción: Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, por vía oral, cada 12 horas, durante 21 días o hasta la remisión clínica de las lesiones. Segunda opción: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, por vía oral, una vez por semana durante al menos 3 semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones. O Ciprofloxacino 500 mg, 1 comprimido y medio, por vía oral, cada 12 horas, durante al menos 21 días o hasta la cicatrización de las lesiones (dosis total de 750 mg). O sulfametoxazol-trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos por vía oral cada 12 horas, durante al menos 3 semanas, o hasta la cicatrización de las lesiones. O bien, sulfametoxazol-trimetoprima (800/160 mg), 1 comprimido por vía oral cada 12 horas, durante un mínimo de 3 semanas o hasta la cicatrización de las lesiones. Si no hay respuesta en los primeros días de tratamiento con ciprofloxacina, agregar gentamicina 1 mg/kg/día, por vía intravenosa, 3 veces al día durante 3 semanas o hasta la cicatrización de las lesiones (evaluación médica)	48, 49
Azitromicina 500 mg (comprimido)			
Ciprofloxacino 500 mg (comprimido)			
Sulfametoxazol + trimetoprim 400 mg + 80 mg (comprimidos)			
Ceftriaxona 500 mg	Enfermedad inflamatoria pélvica	Ceftriaxona 500 mg, intramuscular, dosis única. + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, por vía oral, 2 veces al día durante 14 días. + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, por vía oral, 2 veces al día durante 14 días.	51, 52
Doxiciclina 100 mg (comprimido)			
Metronidazol 250 mg (comprimido)	Mastalgia		72
Paracetamol 500 mg (comprimido), 200 mg/ml (gotas)			
Dipirona sódica 500 mg (comprimidos), 500 mg/ml (gotas)			
Ibuprofeno 300 mg (comprimidos) 50 mg/ml (gotas)		Recetar paracetamol 500 mg cada 6 horas durante 3 a 5 días O ibuprofeno 300 - 600 mg durante 3 a 5 días; solicitar consulta médica si no hay mejoría	

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLÓGIA / INSTRUCCIONES	PG
Ácido fólico	Embarazo	Ácido fólico: vía oral (0,4 mg/día). Prescripción: Ácido fólico - Solución oral (0,2 mg/ml) - Prescribir 40 gotas una vez al día La suplementación con ácido fólico, en una dosis de 0,4 a 0,8 mg/día, debe iniciarse al menos un mes antes de la concepción para favorecer la formación del tubo neural del embrión y mantenerse durante todo el embarazo	99, 131
Sulfato ferroso 40 mg de Fe ⁺⁺ (cp)		Hemoglobina normal: Suplementación profiláctica con hierro elemental 40 mg: 1 comprimido (se recomienda la suplementación diaria desde que se confirma el embarazo hasta el final de la gestación). Anemia leve a moderada: 200 mg/día de sulfato ferroso = 40 mg de hierro elemental; recetar dos comprimidos una hora antes del desayuno, dos comprimidos una hora antes del almuerzo y un comprimido una hora antes de la cena	122, 131
Carbonato de calcio 1 250 mg (cp)		Carbonato de calcio 1 250 mg, dos comprimidos, por vía oral, preferiblemente por la noche con un vaso de leche. Comenzar a tomarlo a las 16 semanas de gestación y continuar hasta la semana 36 de gestación.	131
Ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg (comprimido)		Ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg, un comprimido, por vía oral, una vez al día, preferiblemente por la noche. Indicado como medida preventiva para mujeres embarazadas con alto riesgo de desarrollar preeclampsia, con un factor de alto riesgo o dos factores moderados. Debe iniciarse a partir de la semana 12 (preferiblemente antes de la semana 16, aunque puede iniciarse hasta la semana 20) y mantenerse hasta la semana 36	132
Nitrofurantoína 100 mg (cápsula)	Infección urinaria durante el embarazo	Antibiótico de elección para el tratamiento de la bacteriuria asintomática y la infección urinaria no complicada en mujeres embarazadas, recetado por enfermeras y enfermeros: - Nitrofurantoína (100 mg), una cápsula cada 6 horas, durante 10 días (evitar su uso después de la semana 36 de embarazo); - Cefalexina (500 mg), una cápsula cada 6 horas, durante 7 a 10 días; - Amoxicilina-clavulánico (500 mg), una cápsula cada 8 horas, durante 7 a 10 días. • Nota: Consultar el Protocolo de infección urinaria	129, 133, 153, 154
Cefalexina 500 mg (cápsula, comprimido, tableta)			
Amoxicilina 500 mg + clavulanato de potasio 125 mg (cápsula, comprimido)			
Paracetamol 500 mg (comprimido), 200 mg/ml (gotas)	Dolor lumbar Dolor pélvico Cefalea	Paracetamol 500 mg, cada 6 horas	132
Dipirona sódica 500 mg (comprimidos), 500 mg/ml (gotas)	Cefalea Congestión mamaria	Dipirona 500 mg, cada 6 horas	132
Bromuro de butilescopolamina 10 mg (comprimidos, gotas)	Cólicos	Escopolamina, solución oral 10 mg/ml, frasco: 40 gotas 2 veces al día o comprimido de 10 mg	132
Dimenidrinato 25 mg/mL + piridoxina, clorhidrato (vit. B6) 5 mg/mL	Náuseas y vómitos	Dimenidrinato 25 mg/mL + piridoxina, clorhidrato (vit. B6) 5 mg/mL, solución oral en gotas: 40 gotas cada 6 horas (no exceder los 400 mg al día). Riesgo B. Metoclopramida 10 mg, cada 8 horas	132
Hidróxido de aluminio, suspensión oral 60 mg/ml (FR 100 ml)	Acidez estomacal	Hidróxido de aluminio, 10-15 ml (de dos cucharaditas a una cucharada) después de las comidas y al acostarse	
Nistatina 100 000 UI/ml (suspensión oral)	Candidiasis mamaria	Recetar a la puérpera: uso tópico de nistatina durante 14 días, después de cada toma. Recetar al niño: solución oral de nistatina; aplicar en la mucosa bucal del niño 1 gotero (1 ml) o 0,5 ml en cada mejilla, 4 veces al día durante 14 días	132, 172
Solución salina al 0,9 %	Congestión nasal Epistaxis	Solución salina nasal: de 2 a 4 gotas en cada fosa nasal, de 3 a 4 veces al día o lo suficiente para mantener las fosas nasales húmedas	132
Repelente (fr)	Aedes aegypti	Prevención de infecciones causadas por el Aedes aegypti (chikungunya, zika, dengue, fiebre amarilla). Aplicar en las áreas expuestas del cuerpo, al menos 2 veces al día, o siempre que sea necesario, según las instrucciones del fabricante	132
Estriol 1 mg/g	Menopausia	Terapia de reemplazo hormonal (tópica vulvovaginal). Recetar medicamento alopatóico: Estriol 1 mg/g, crema vaginal: 0,5 g al día, administrada 2 veces al día durante 14 días y, posteriormente, 2 veces a la semana hasta por 3 meses. Verificar los niveles de presión arterial cada tres meses y estar atento a los cambios	193
 >>  SALUD DEL ADULTO MAYOR			
Espironolactona 25 mg o 100 mg Hidroclorotiazida 25 mg Atenolol 50 mg Propranolol 40 mg Captopril 25 mg Enalapril 5 mg o 20 mg Isosorbida 20 mg Amlodipino 5 mg o 10 mg Nifedipina 20 mg Losartán 50 mg Glibenclamida 5 mg Glicazida 60 mg Metformina 500 mg u 850 mg	Hipertensión arterial	Durante la consulta de enfermería con un paciente hipertenso, se podrán recetar los medicamentos antihipertensivos incluidos en el REMUME, dando continuidad al plan terapéutico propuesto para este usuario y ya iniciado por el médico. Nota: De acuerdo con el dictamen del COREN n.º 058/2013, en la red de Atención Básica de la SMSSP, el enfermero, mediante la consulta de enfermería y tras la evaluación, podrá recetar medicamentos de uso continuo hasta la próxima consulta médica, sin exceder los 180 días, conforme a la ORDEN N.º 338/2014-SMS.G	44
Paracetamol 200 mg/ml o 500 mg/cp			
Dipirona, solución para goteo intravenoso de 500 mg/ml o 500 mg/comprimido Ibuprofeno (300 mg por comprimido o 50 mg por ml)	Manejo del dolor	Cada 4/4 horas o cada 6/6 horas, dependiendo de la frecuencia del dolor. Adultos: 500 a 1000 mg por dosis. (máximo de 4 g al día)	44
Óxido de zinc 150 mg/g + vitamina A 5000 UI/g + vitamina D 900 UI/g, pomada en tubo de 45 g		Cada 6 horas, dependiendo de la frecuencia del dolor. Adultos: 500 a 1000 mg por vía oral (máximo de 4 g al día)	
Nistatina 100 000 UI, tubo	Dermatitis amoniacal/ Dermatitis del pañal/ Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI)	Hasta 600 mg por vía oral cada 8 horas. Dosis máxima: 2 400 mg al día	44
Miconazol, nitrato al 2 % en crema, mínimo 20 g		Aplicar después de cada cambio de pañal o cuando sea necesario	
Cetoconazol al 2 % en crema (20 mg/g), tubo de 30 g		Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir el área afectada después de cada cambio de pañal durante 5 días. Aplicar solo en caso de infecciones por Candida	
Dexametasona, acetato al 0,1 % (1 mg/g), crema en tubo de 10 g.		Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir la zona afectada, dos veces al día (por la mañana y por la noche), durante 7 a 14 días. Aplicar solo en caso de infecciones por Candida. No debe utilizarse por períodos superiores a dos semanas	
		Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir la zona afectada, dos veces al día (por la mañana y por la noche), durante 7 a 14 días. Aplicar únicamente en caso de infecciones por Candida. No debe utilizarse por períodos superiores a dos semanas	45
		Aplicar una capa delgada del producto sobre el área a tratar, 1 o 2 veces al día, como máximo dos veces al día, con el fin de aliviar la inflamación. Usar con precaución y orientar a los familiares para que no se exceda el tiempo recomendado. La absorción a través de la piel puede provocar efectos adversos más graves (similares a los de los corticosteroides administrados por vía sistémica)	

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLÓGIA / ORIENTACIÓN	PG
<i>Aceite mineral puro fr 100 ml.</i>	Constipación	Adultos: 15 ml por la noche y otra dosis al día siguiente al despertar. Si no se obtienen resultados, aumente la dosis a 30 ml (2 cucharadas soperas) por la noche y 15 ml por la mañana. Atención: puede causar: neumonía lipídica, mala absorción de vitaminas liposolubles, deshidratación, incontinencia fecal	45
<i>Sales para rehidratación oral (sobre de 27,9 g)</i>	Mareos y vértigo (hipotensión postural)	Disuelva el contenido del sobre en un litro de agua filtrada o hervida. Administre de 100 a 150 ml por kilo de peso corporal en un período de 4 a 6 horas	45
<i>Permetrina al 5 % en loción tópica</i>	Escabiosis	Aplicar la loción desde el cuello hacia abajo, incluyendo las palmas de las manos y las plantas de los pies, los espacios entre los dedos, la zona periumbilical, la zona genital (no aplicar en las mucosas) y debajo de las uñas; retirar la loción después de 8 a 14 horas con un baño. Repetir la aplicación después de 7 a 10 días; examinar y tratar a las personas en contacto cercano con el paciente; el prurito residual puede persistir de 2 a 4 semanas después del tratamiento	45
<i>Ivermectina, comprimido de 6 mg</i>	Escabiosis y pediculosis	Dosis de 200 mcg/kg; repetir la dosis oral única en un plazo de 7 a 10 días; indicar que el medicamento debe tomarse con agua y que no es necesario estar en ayunas. Consultar el cálculo de dosis según el protocolo	46
<i>Permetrina al 1 % en loción tópica</i>	Pediculosis	Aplicar en el cuero cabelludo, especialmente en la zona retroauricular y la nuca; dejar actuar durante 5 a 10 minutos y enjuagar posteriormente con agua tibia. Repetir el procedimiento después de 7 días. Examinar y tratar a las personas que hayan estado en contacto cercano con los pacientes.	46
<i>Miconazol, nitrato al 2 %, crema, mínimo 20 g</i>	Tinea corporis (impinge) y tinea pedis (pie de atleta o pie de atleta)	Aplicar en toda el área afectada dos veces al día (por la mañana y por la noche) durante 7 a 14 días. El producto no debe ser utilizado por pacientes con hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. No debe utilizarse en la región de los ojos. Si las lesiones son extensas, puede ser necesario el uso de un antifúngico sistémico. Derivar al médico	46
<i>Albendazol 400 mg</i>	Ascariasis, anquilostomiasis, enterobiasis u oxiuriasis	1 tableta al día, durante 3 días	46
	Teniasis, tricuriasis	1 tableta al día, durante 5 días	
	Giardiasis	Tratamiento de un día, que se repite después de 7 días	
<i>Estriol 1 mg/g (0,1 %) crema ginecológica, tubo de 50 g + aplicador</i>	Sequedad vaginal	Aplicar 0,5 g al día de crema vaginal durante 21 días y repetir el tratamiento si es necesario (duración máxima del tratamiento: hasta 3 meses). Para mujeres en la menopausia con infecciones urinarias recurrentes, si los síntomas persisten, se puede recetar este tratamiento; derivar al médico	46
<i>Mikania glomerata Spreng (guaco), solución oral de 0,02 a 5 mg de cumarina</i>	Tos persistente y tos con expectoración	Vía oral: Adultos: 15 ml tres veces al día durante 7 días. Contraindicaciones: Enfermedades hepáticas, ya que el uso crónico puede provocar un aumento del tiempo de protrombina. No usar durante el embarazo, la lactancia ni en menores de 18 años. No usar por más de 15 días consecutivos; el tratamiento puede repetirse, si es necesario, después de un intervalo de 5 días. No utilizar en caso de tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos ni simultáneamente con anticoagulantes (las cumarinas reducen la coagulación sanguínea)	47
<i>Maytenus ilicifolia (espinheira santa) taninos totales de 13 mg a 20 mg (cp)</i>	Mal digestión y como coadyuvante en el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal	Uso oral: dosis mínima: 1 cápsula por vía oral (VO) 2 veces al día. Dosis máxima: 2 cápsulas 3 veces al día. Contraindicaciones/advertencias: Su uso está contraindicado en menores de 18 años, durante el embarazo y la lactancia, ya que reduce la producción de leche materna y puede provocar contracciones uterinas. Si se usa de manera continua, administrar durante 3 meses y hacer una pausa de 1 mes	47
<i>Harpagophytum procumbens (garra del diablo) harpagoside 5 mg o 50 mg (comprimido)</i>	Artritis, artrosis y tratamiento del dolor lumbar	Uso oral 3 veces al día, respetando la dosis diaria de 30 a 100 mg de harpagósido (RENAME/2024 e IN n.º 02/2014 – ANVISA). Contraindicaciones/advertencias: Su uso está contraindicado durante el embarazo, la lactancia y en personas con úlcera gástrica o duodenal, o que padezcan enfermedades cardiovasculares, así como en menores de 18 años. Evitar su uso junto con anticoagulantes	47
<i>Glycine max (L.) Merr. Isoflavonas de soya. Isoflavonas totales: mínimo de 50 mg (cp)</i>	Menopausia	Adyuvante para el alivio de los síntomas de la menopausia: reducción de la frecuencia y la intensidad de la sensación de calor en el cuerpo y el rostro (sofocos) y de los episodios de sudoración nocturna Uso oral: tomar una vez al día, respetando la dosis diaria de 50 a 120 mg de isoflavonas (RENAME/2024 e IN n.º 02/2014 – ANVISA). Si se trata de un uso continuo, administrar durante 3 meses y hacer una pausa de 1 mes	47
<i>Valeriana officinalis, sesquiterpenos: de 0,8 mg a 3,5 mg (cp)</i>	Sedante moderado	Sedante moderado, como agente inductor del sueño y en el tratamiento de trastornos del sueño asociados a la ansiedad Uso oral - Ansiolítico leve – Tomar por la noche, al menos 1 hora antes de acostarse, respetando la dosis diaria de 1 a 7,5 mg de sesquiterpenos (IN n.º 02/2014 – ANVISA). El efecto comienza a notarse en 2 semanas. Tratamiento mínimo de 4 semanas	47
<i>Cynara scolymus L. (alcachofa) derivados del ácido cafeoilquínico de 24 a 48 mg (cp/cápsula)</i>	Alivia el malestar gástrico	Para facilitar la digestión y aliviar el malestar abdominal. Gases y náuseas resultantes de una deficiencia en la producción y eliminación de la bilis. Además, ayuda a reducir el colesterol presente en la sangre. Uso oral: tomar según la dosis diaria de 24 a 48 mg de derivados del ácido cafeoilquínico, expresados en ácido clorogénico, en hasta 3 dosis al día. La duración del tratamiento para la indicación como colerético/colagogo es de 2 semanas. La duración del tratamiento para la indicación como hipocolesterolemizante auxiliar es de 6 a 12 semanas. Su uso está contraindicado en personas con cálculos biliares, obstrucción de los conductos biliares, colangitis o hepatopatías. No usar en caso de tratamiento con anticoagulantes	48
 >>  SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE			
<i>Vitaminas A y D</i>	Medida profiláctica	Administrar un suplemento a partir del séptimo día de vida, 2 (dos) gotas por vía oral al día, hasta que el niño cumpla dos años de edad, y 3 (tres) gotas entre los dos y los tres años de edad, como medida profiláctica	69

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLÓGIA / ORIENTACIÓN	PG
Sulfato ferroso - solución oral 25 mg/ml (1,25 mg/gota)	Medida profiláctica contra la anemia ferropénica	Niños a término: Recién nacidos a término, con peso adecuado para la edad gestacional, independientemente del tipo de alimentación, recetar 1 mg de hierro elemental/kg/día, comenzando a los 90 días de vida hasta el mes 24 de vida. En recién nacidos a término con peso inferior a 2 500 g, recetar 2 mg de hierro elemental/kg/día, comenzando a los 30 días de vida, durante un año. Tras este período, 1 mg/kg/día durante un año más. A los recién nacidos prematuros con peso superior a 1 500 g, recetar 2 mg de hierro elemental/kg/día, comenzando a los 30 días de vida, durante un año. Tras este período, 1 mg/kg/día durante un año más. A los recién nacidos prematuros con un peso entre 1 500 y 1 000 g, recetar 3 mg de hierro elemental/kg/día, a partir de los 30 días de vida durante un año. Tras este período, 1 mg/kg/día durante un año más. A los recién nacidos prematuros con un peso inferior a 1 000 g, 4 mg de hierro elemental/kg/día, a partir de los 30 días de vida, durante un año. Tras este período, 1 mg/kg/día durante un año más. Los recién nacidos prematuros que hayan recibido más de 100 mL de concentrado de glóbulos rojos durante la hospitalización deben ser evaluados individualmente, ya que es posible que no necesiten suplementación de hierro a los 30 días de vida, sino más adelante	68, 69
Sulfato ferroso 125 mg/mL (equivalente a 25 mg/mL de Fe++) solución oral en gotas	Anemia	De 3 a 6 mg de hierro elemental/kg/día durante 6 meses o hasta la reposición de las reservas corporales, confirmada por la normalización de la Hb, el VCM, el hierro sérico, la saturación de transferrina y la ferritina sérica. Administrar treinta minutos antes de las comidas, junto con jugos ricos en vitamina C, y cepillarse los dientes inmediatamente después	112
Miconazol 20 mg/g (2 %) crema	Tinea pedis (pie de atleta o pie de frío)	Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir la zona afectada dos veces al día durante 7 a 14 días	76
Paracetamol 200 mg/ml o 500 mg/cp, o Dipirona en solución de gotas 500 mg/ml o 500 mg/cp, o Ibuprofeno 50 mg/ml.	Enfermedad de manos, pies y boca	Paracetamol 200 mg/ml o 500 mg/cp: 1 gota/kg cada 4/4 horas o cada 6/6 horas, dependiendo de la frecuencia del dolor. Niños: 10-15 mg/kg por dosis (máximo de 5 dosis al día) — Nota: (máximo de 4 g al día). O bien, solución de dipirona en gotas de 500 mg/ml o 500 mg por comprimido — 1 gota por kg cada 6 horas, dependiendo de la frecuencia del dolor. Niños > meses: lactantes 10 mg/kg/dosis y preescolares 15 mg/kg/dosis - Nota: (máximo de 4 g/día). O bien ibuprofeno 50 mg/ml - 1 gota/kg cada 6 horas (niños mayores de 6 meses)	77
Crema de miconazol 20 mg/g (2 %)	Tinea corporis (impinge)	Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir la zona afectada dos veces al día durante 7 a 14 días	78
	Miliaria	Enjuagar al niño después del baño con: 1 litro de agua con 2 cucharadas (sopa) de maicena 3 veces al día; o aplicar la maicena directamente sobre la piel como si fuera talco; o aplicar pasta de agua 3 veces al día después del baño en caso de que se trate de las formas rubra y/o profunda	78
Cetoconazol tópico (2 %) o miconazol 20 mg/g (2 %) en crema	Pitiriasis versicolor	Cetoconazol tópico (2 %) - Aplicar en todo el cuello, el tronco, los brazos y las piernas, una o dos veces al día durante 2 semanas. O bien, crema de miconazol 20 mg/g (2 %) - Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir el área afectada y extenderla más allá de la lesión, dos veces al día, de 7 a 14 días	79
	Pitiriasis alba	Aconsejar evitar el uso de jabones y otros productos perfumados, así como de ropa que pueda irritar la piel. Recomendar el uso diario de protector solar de amplio espectro en las áreas expuestas al sol para prevenir el empeoramiento de las lesiones y evitar la hiperpigmentación posinflamatoria. Recomendar la hidratación y la humectación de la piel con cremas emolientes	
Albendazol 40 mg/mL, suspensión oral	Larva migrans	Niños de 1 a 2 años de edad: recetar 200 mg por vía oral, una vez al día durante 3 días; y niños mayores de 2 años y adultos: 400 mg por vía oral durante 3 días	80
Cefalexina 50 mg/mL, suspensión oral (mg/kg/día)	Impétigo	Cefalexina 50 mg/mL, suspensión oral (mg/kg/día) cada 6 horas durante 7 días. - Multiplica el peso en kg por 50 mg/mL, divide por 4 y nuevamente por 50 mg/mL. El resultado será la dosis en mL cada 6 horas	80
Ivermectina 6 mg en comprimido: Dosis de 200 mcg/kg; única	Tungiasis (parásito del pie)	Preste atención al cálculo de la dosis según el protocolo	81
Permetrina al 5 % (crema/loción)	Escabiosis	> de 2 años. Dosis única por la noche. Dejar actuar de 8 a 12 horas. Repetir en 7 días	81
Ivermectina, comprimido de 6 mg		Dosis de 200 mcg/kg; • Repetir la dosis oral única en 7 a 10 días; prestar atención al cálculo de la dosis	82
Permetrina al 1 % (loción capilar)	Pediculosis	> de 2 años. Aplicar en el cuero cabelludo durante 10 min. y enjuagar. Repetir en 7 días	83
Ivermectina, comprimido de 6 mg: dosis de 200 mcg/kg; dosis única		Prestar atención al cálculo de la dosis; repetir la dosis oral única en 7 a 10 días	83
Aplicar ATA al 80 %.	Verruga vulgar (común):	Compartir el cuidado y solicitar una evaluación médica. Tratamiento farmacológico: aplicar ATA al 80 %. Repetir cada 7 a 10 días durante un máximo de 8 semanas. Tratar de aislar la verruga para la aplicación, a fin de evitar el contacto con la piel sana; una opción es aislarla con la ayuda de una cinta adhesiva	84
frasco de aceite mineral (o vaselina)	Dermatitis seborreica	Aplicar en el cuero cabelludo, dejar actuar durante 1 hora y retirar delicadamente con un cepillo fino	53
Nitrato de miconazol 20 mg/g (crema)*	Dermatitis por Monilia/Cándida	Después de cada cambio de pañal durante 7 a 10 días *(recetar el producto disponible en REMUME)	85
Nistatina 100 000 UI, tubo		Aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir el área afectada después de cada cambio de pañal durante 5 días.	
Cetoconazol 20 mg/g (2 %) crema		Cetoconazol 20 mg/g (2 %) crema: aplicar una cantidad suficiente del producto para cubrir el área afectada, 2 veces al día (por la mañana y por la noche), durante 7 a 14 días. No exceder las 2 semanas de tratamiento.	
Óxido de zinc de 150 a 250 mg/g + retinol (vitamina A) + colecalciferol (pomada)	Dermatitis amoniacal	Después de cada cambio de pañal y cuando sea necesario	
Aceite mineral o de almendras	Dermatitis seborreica	Aplicar aceite mineral o de almendras en la zona afectada, dejar actuar durante 15 minutos, retirar delicadamente las costras con la ayuda de un pañal, un peine o un cepillo suave, lavar bien la piel con jabón neutro o champú infantil para eliminar todo el aceite y secar bien la piel. • Si persiste por más de 15 días o se extiende, consultar con un médico	86

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	POSOLÓGIA / ORIENTACIÓN	PG
Óxido de zinc 150 a 250 mg/g + retinol (vitamina A) + colecalciferol (pomada)	Intertrigo (exantema intertriginoso)	Aplicación de almidón de maíz directamente sobre la piel o crema de óxido de zinc con vitamina A y D	87
Sales para rehidratación oral (polvo)	Diarrea aguda	Diluir en 1 L de agua. Ingerir después de una evacuación acuosa (Niños Hasta 4 meses < 6 kg 200 a 400 ml, 4 a 11 meses 6 a < 10 kg 400 a 700 ml, de 12 meses a 2 años: de 10 a < 12 kg: de 700 a 900 ml; de 2 a 5 años: de 12 a 19 kg: de 900 a 1 400 ml)	92
Mebendazol 20 mg/kg Albendazol 400 mg	Ascariasis	Más de 10 kg Más de 2 años 100 mg (5 ml) 1 vez al día durante 3 días: 1 comprimido o 10 ml por vía oral en una sola dosis. Repetir después de 3 semanas	97
Albendazol 400 mg	Tricocefalias	Mayores de 2 años: 10 mL en una sola dosis o 1 comprimido por vía oral, una vez al día durante 3 a 7 días. Efectos secundarios: dolor abdominal, dolor de cabeza, diarrea, náuseas y vómitos	97
Mebendazol 100 mg	Anquilostomias	Más de 10 kg, 1 vez al día durante 3 días. Repetir en 3 semanas.	97
Mebendazol 100 mg	Enterongiloidiasis u oxiuriasis	Dosis para todos los niños, independientemente del peso y la edad: 1 vez al día, dosis única; repetir en 2 semanas. Tratar a todos los niños del hogar	97
Albendazol 400 mg	Estrongiloidiasis	Mayores de 2 años, por vía oral, 2 veces al día durante 10 a 14 días (4 días, 4 días). Tratar a todos los niños del hogar	97
Mebendazol 20 mg/ml o Albendazol 400 mg	Teniasis	Mayores de 2 años: 10 mL dos veces al día durante 3 días; 1 comprimido por vía oral, dosis única. Tratar a todos los niños del hogar	97
Metronidazol	Giardiasis	Mayores de 2 años: 15 mg/kg/día (máximo 250 mg) por vía oral 2 veces al día durante 5 días	97
Metronidazol: no exceder los 750 mg por dosis	Amebiasis	Mayores de 2 años: 35 mg/kg/día, 3 veces al día en casos leves durante 5 días. Extraintestinal o sintomática: 50 mg/kg/día durante 10 días	97
Mikania glomerata (Guaco), jarabe: 0,25 mg/ml	Tos	Solución nasal de cloruro de sodio 9 mg/ml (de 0,5 a 3 ml, de 4 a 6 veces al día) en cada fosa nasal, preferiblemente antes de las tomas y las comidas, y antes de dormir; Jarabe de Mikania glomerata (Guaco) 0,25 mg/ml: Niños de 3 a 5 años: 5 ml, 3 veces al día. Niños mayores de 5 años: 7,5 ml, 3 veces al día. Preste atención a las contraindicaciones	104, 106
Paracetamol 200 mg/ml	Dolor agudo, dolor en la región de los senos paranasales, dolor de cabeza, fiebre, dolor de oído	1 gota/kg cada 6 horas durante 3 días	104, 108, 110
Ibuprofeno 50 mg/ml		1 gota/kg cada 6 horas (Menores de 3 meses o a cualquier edad con temperatura superior a 39, derivar a consulta médica)	108, 110
Dipirona 500 mg/ml	Fiebre, dolor de oído	1 gota/kg o de 10 a 15 mg/kg. Intervalo mínimo de 6 horas para niños mayores de 3 años, por un máximo de 3 días. Verificar si el niño tiene alergia a algún medicamento. Coordinar el cuidado con el médico	104
Paracetamol 200 mg/ml o 500 mg/cp	Dolor de garganta, dolor de oído	Cada 4/4 horas o cada 6/6 horas, dependiendo de la frecuencia del dolor. Adultos: 500-1000 mg por dosis. Niños: 10-15 mg/kg por dosis (máximo de 5 dosis al día). Nota: (máximo de 4 g al día). Regresar en 24/48 horas en caso de empeoramiento de los síntomas	106, 110
Dipirona en solución de gotas de 500 mg/ml o 500 mg/cp	Fiebre, dolor de oído	Cada 6 horas, dependiendo de la frecuencia del dolor. Adultos: 500-1000 mg por vía oral. Niños mayores de meses: lactantes 10 mg/kg por dosis // preescolares 15 mg/kg por dosis - Nota: (máximo de 4 g al día)	106, 110, 111
Nistatina, suspensión oral 100 000 UI/mL	Moniciasis oral	Prescribir 1,0 ml en la mucosa oral cuatro veces al día durante siete días, aplicando la mitad de la dosis en cada lado de la boca. Mantener el tratamiento durante al menos dos días después de la desaparición de los síntomas	151
Penicilina G benzatina	Sífilis	Adultos y adolescentes con más de 45 kg: 2,4 millones de UI, IM (1,2 millones de UI en cada glúteo). Niños y adolescentes con menos de 45 kg: 50 000 UI/kg, IM. Como profilaxis y en caso de sífilis reciente, debe recetarse en una dosis única	
Ceftriaxona + Azitromicina	Infección por N. gonorrhoeae, C. trachomatis	Adultos y adolescentes con más de 45 kg: 500 mg, 1 ampolla, intramuscular, dosis única + 500 mg, 2 comprimidos de 250 mg, por vía oral, dosis única. Niños y adolescentes con menos de 45 kg: 125 mg, intramuscular, dosis única + 20 mg/kg, por vía oral, dosis única	237
Metronidazol	Tricomoniasis	Adultos y adolescentes con más de 45 kg: 500 mg, 2 comprimidos de 250 mg, vía oral, dosis única de 15 mg/kg/día, divididos cada 8 horas, durante 7 días. No debe recetarse durante el primer trimestre del embarazo. Su uso debe posponerse en caso de uso de anticonceptivos de emergencia o antirretrovirales	

Extraído de Protocolos de Enfermería, 5.ª edición revisada (2024/2025). https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/349991.

Orden SMS.G n.º 440 de 2023, que regula la prescripción y la dispensación de medicamentos en el ámbito de los establecimientos pertenecientes al Sistema Único de Salud (SUS) bajo gestión municipal y establece a la enfermera como parte de los profesionales con facultad para prescribir. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-440-de-18-de-julho-de-2023>.

REMUME: Lista Municipal de Medicamentos. https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/218750

NOTA: Este material es un documento auxiliar sujeto a modificaciones; por lo tanto, en ningún caso sustituye la consulta a los protocolos de enfermería.

Material elaborado por la enfermera especialista Tatiana Lucena, bajo la supervisión del profesor y doctor en enfermería Abel Meneses