



**Universidad Del
Sureste**

Alumna: Viviann Lizbeth Jiménez Alonso

Grado: 6° **grupo:** Q

Asignatura: Práctica clínica en enfermería I.

Profesora: Lic. Gabriela Priego Jiménez

Técnicas de enfermería

Intervenciones y resultados para la mejora continúa del proceso de preparación de soluciones intravenosas.

Desarrollar políticas o procedimientos.

{ Para una administración precisa y segura de medicamentos. considerar la posibilidad de reducir que los errores ocurran, detectar los errores que ocurren y minimizar las posibles consecuencias de los errores.

Construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente.

{ Todos los profesionales participantes en el sistema de medicación sean conscientes de la necesidad de identificación, notificación y prevención de EM y que lo hagan con libertad y sistematización, expresando de manera abierta, objetiva y completa lo qué y cómo sucedió.

Establecer un plan estructurado

{ - Simplificar y estandarizar los procedimientos.
- Anticiparse y analizar los posibles riesgos derivados de la introducción de cambios en el sistema, para prevenir los errores antes y no después de que ocurran.

Implantar controles en los procedimientos de trabajo

{ Los sistemas de "doble chequeo" permiten interceptar los errores, ya que es muy poco probable que dos personas distintas se equivoquen al controlar el mismo proceso evitando que llegue al paciente.

Realizar cambios en los procedimientos de trabajo

{ Con el fin de disminuir la gravedad de las posibles consecuencias de los errores.

Aplicar los principios científicos de farmacología

{ Fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir errores, dar la seguridad necesaria al cliente y garantizar la calidad del servicio.

Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos

{ Enfatizar en el cumplimiento y revisión de los "correctos" de la medicación, así como la importancia que tiene el registro inmediato para evitar otros errores.

Administrar el medicamento de acuerdo a prescripción médica.

{ Considerar los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos.

Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados

{ A la prescripción médica y a otros documentos que se manejen en la unidad médica, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos.

{ protocolos de tratamiento, prescripciones pre impresas, hojas de enfermería, etiquetas de medicación y etiquetas de mezclas intravenosas.

no abreviar los términos utilizados como parte del nombre comercial

{ Para denominar especialidades farmacéuticas o presentaciones con diferentes características.

sensibilizar a todos los profesionales que manejan los medicamentos

{ sobre el impacto que puede tener un error por medicación.

Registro de observaciones de enfermería

Hoja de observaciones de enfermería

Es el documento donde debemos registrar las incidencias que se producen en la asistencia al paciente y el resultado del Plan de Cuidados durante su estancia en la Unidad.

Estará integrada por 7 apartados

- A.- Identificación-localización.
- B.- Fecha/hora.
- C.- Gráfica de signos vitales
- D.- Balance hídrico
- E.- Registros varios
- F.- Ministración de medicamentos
- G.- Observaciones/firma.

A.- identificación-localización

- Rellenar los datos de los pacientes
- N° Historia
- Cama
- Dos apellidos y Nombre
- Servicio
- Edad
- Fecha ingreso
- Sexo
- Cuando se tenga la pegatina del Servicio de Admisiones, se colocará sobre este apartado.

B.- Fecha/hora

Se pondrá fecha y hora en el primer registro del día, siendo suficiente para los sucesivos registros de ese día, poner la hora pertinente.

C.- Gráfica de signos vitales

Se localiza en la parte central, donde encontramos las escalas milimétricas de la temperatura, pulso, respiración y tensión arterial.

D.- Balance hídrico

Para la medición del ingreso de líquidos, Se contabiliza la cantidad de líquido bebido, comida, metabolismo celular (estándar), sueroterapia y otras perfusiones del paciente en 24 horas, sí las hay.
En cuanto a la medición de las pérdidas de líquidos, Se contabiliza la diuresis, heces, respiración, sudor y otras situaciones menos frecuentes (diarrea, vómitos, etc) en 24 horas.

E.- Registros varios

Encontramos el tipo de dieta, si el paciente tiene pauta de oxigenoterapia, probabilidad de aparición de úlceras por presión, etc.

F.- Ministración de medicamentos

Se anotara medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita.

G.- observaciones

- Debe de ser cumplimentado por orden cronológico, con bolígrafo azul o negro. Se registrará:
- Incidencias por turno.
 - Observaciones en función de problemas y cuidados.
 - Anotación de actividades de enfermería no rutinaria y no incluida en el plan de cuidados.
 - Detección de complicaciones derivadas del proceso patológico, los tratamientos médicos o quirúrgicos y las técnicas diagnósticas.
 - Respuesta del paciente ante los cuidados dispensados por el equipo de enfermería.
 - Razón de omisión de tratamientos y/o cuidados planificados.
 - Información emitida al paciente y/o familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.





