



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

Nombre de la alumna: María Fernanda Dearcia Albores

Nombre del tema : Intervenciones y resultados para la mejora continúa del proceso de preparación de soluciones intravenosas

Parcial : II

Nombre de la Materia : Práctica clínica de Enfermería

Nombre del profesor: Maria del Carmen López Silva

Nombre de la Licenciatura : Enfermería

Cuatrimestre: 6 A

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, considerando la posibilidad de reducir que los errores ocurran
- Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente, dentro de la cual todos los profesionales participantes en el sistema de medicación sean conscientes de la necesidad de identificación, notificación y prevención de EM
- Establecer un plan estructurado para implantar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores en la medicación, considerando: Simplificar y estandarizar los procedimientos
- Implantar controles en los procedimientos de trabajo para detectarlos antes de que lleguen al paciente. Los sistemas de "doble chequeo" permiten interceptar los errores
- 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 que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir errores,
- 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, considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos
- Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados, no solo en la prescripción médica, sino que se aplique también a otros documentos que se manejen en la unidad médica

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

Y

registros y observaciones de enfermería (Hoja de enfermería)

registros y observaciones de enfermería (Hoja de enfermería)



Concepto

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

Objetividad

Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos

Precisión y exactitud

Deben ser precisos, completos y fidedignos. - Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. - Expresar sus observaciones en términos cuantificables. - Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

• LEGIBILIDAD Y CLARIDAD

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta. - Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal

SIMULTANEIDAD

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. - Evitando errores u omisiones. - Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente. - Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Identificación-localización

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

Clasificación

- 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.

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.
- Evolución del aprendizaje en relación a la educación sanitaria que se imparte al Paciente/familia.
- Los distintos registros deben estar firmados por la persona que realice la actividad u observación.
- La letra será legible.

Bibliografía

Antología de la materia Práctica clínica de enfermería

[c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-LEN601 PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I.pdf \(plataformaeducativauds.com.mx\)](https://plataformaeducativauds.com.mx/c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-LEN601_PRACTICA_CLINICA_DE_ENFERMERIA_I.pdf)