



Cuadro Sinóptico

Nombre del Alumno: lesly Vazquez Mazariegos

Nombre del tema: Preparación de soluciones Intravenosas y Registro y Observación de enfermería

Parcial: 2.do

Nombre de la Materia: Práctica clínica de Enfermería I

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: licenciatura en enfermería

Cuatrimestre: 6.to cuatrimestre

Soluciones intravenosas

Políticas y procedimientos

Desarrollar estas políticas para una administración precisa y segura de medicamentos

Considerando 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

Dirigir estos esfuerzos para la construcción de 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

Que las acciones las hagan con libertad y sistematización, expresando de manera abierta, objetiva y completa lo que y como sucedió

Plan de estructuración

Establecer este plan para implementar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores en la medicación

Simplificar y estandarizar los procedimientos

Implementación de controles

En procedimientos de trabajo para detectarlos antes de que lleguen al paciente

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.

Principios científicos de farmacológica

Para que fundamenten la acción de enfermería para prevenir y reducir errores

Administrar el medicamento de acuerdo a prescripción médica, considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos.

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

Principios no estandarizados

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, tanto manuscritos como generados

a través de medios electrónicos, como protocolos de tratamiento, prescripciones pre impresas, hojas de enfermería, etiquetas de medicación y etiquetas de mezclas intravenosas

Es importante no abreviar tampoco los términos utilizados en ocasiones como parte del nombre comercial para denominar especialidades farmacéuticas o presentaciones con diferentes características.

Registro y 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

Registros de enfermería

forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de asistencia a las necesidades de cuidados de la población

Enfermería como disciplina profesional

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.

Fecha y 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.

- 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
- Respuesta del paciente ante los cuidados dispensados.
- 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
- Los distintos registros deben estar firmados por la persona que realice la actividad u observación con letra legible.

Conocer

la adecuada forma de cumplimentación los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario

Repercusiones

Desarrollo

en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados

Posibilitan

el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería

Facilitan

la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo

Registros y observaciones de enfermería

Calidad de información registrada

Influyen

en la efectividad de la práctica profesional, los registros de enfermería deben cumplir estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados y la actuación del profesional sanitario

Por normas

tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente

Registros de documentación

- Hoja de valoración al ingreso
- Plan de cuidados, hoja de evolución,
- gráfico de constantes,
- hoja de medicación
- hoja de enfermería al alta

Objetividad

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales

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

Ejemplos

- Describir 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
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados

Precisión y exactitud

precisos, completos y fidedignos

anotaciones de forma clara y concisa

Expresar observaciones en términos cuantificables

Hallazgos descritos de forma meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto

constar fecha, hora y firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente.



Registros y observaciones de enfermería

Legibilidad y claridad

Definición

: Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas

Tales como

Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta

Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente

Usar sólo abreviaturas de uso común, cuando existan dudas escribir completamente el término

No utilizar líquidos correctores ni emborronar

Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos

No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas

Simultaneidad

Definición

: 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



Bibliografía

Universidad del Sureste.2024

Antología de Practica clínica I.PDF