



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

Nombre del Alumno: Tania Geraldine Ballinas Valdez

Nombre del tema: introducción a la CEyE

Parcial: 2 unidad

Nombre de la Materia: Practica clínica de enfermería

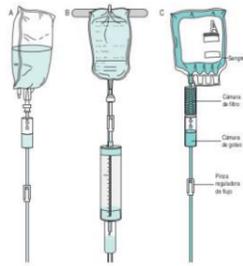
Nombre del profesor: Maria del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6-A



PROCESO DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS



Intervención

- Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente
 - Los profesionales participantes**
 - Deben ser conscientes de la necesidad de identificación, notificación y prevención de EM
 - Hagan con libertad y sistematización, expresando de manera abierta, objetiva y completa lo qué y cómo sucedió
- Implantar controles en los procedimientos de trabajo
 - El "doble chequeo"** permite interceptar los errores, ya que es muy poco probable que dos personas distintas se equivoquen
- Establecer un plan estructurado para la prevención de errores en la medicación
 - Anticiparse y analizar los posibles riesgos** derivados de la introducción de cambios en el sistema
- Realizar cambios en los procedimientos de trabajo, para disminuir la gravedad de las posibles consecuencias de los errores
 - Aplicar los principios científicos de farmacología
 - Sistematizar el proceso de la administración

Desarrollo

- Políticas o procedimientos
 - Para una administración precisa y segura de medicamentos**
 - La administración es acorde a** Prescripción médica, considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos
- Medicamentos intravenosos
 - Enfatizar en el cumplimiento y revisión de los "correctos" de la medicación, el registro inmediato para evitar otros errores**
 - Sensibilizar a todos los profesionales que manejan los medicamentos sobre el impacto que puede tener un error por medicación**
- Uso de abreviaturas o símbolos
 - Evitar el uso no solo en la prescripción médica, sino que se aplique también a otros documentos que se manejen en la unidad médica**
 - Es importante no abreviar los términos utilizados en ocasiones como parte del nombre comercial para denominar especialidades farmacéuticas**

Hoja de observaciones de enfermería

Es el documento donde debemos registrar las incidencias que se producen en la asistencia al paciente

Está integrada por

A. Identificación-localización

- Rellenar los datos de los pacientes
- Nº Historia
- Cama
- Nombre y dos apellidos
- Servicio
- Edad
- Fecha ingreso
- Cuando se tenga la pegatina del Servicio de Admisiones, se colocará sobre este apartado

B. Fecha/hora

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

C. Observaciones/ firma

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 de enfermería
- Razón de omisión de tratamientos y/o cuidados planificados
- Información emitida al paciente y/o familiar respecto a las actividades de enfermería
- 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.

REGISTROS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA



RECOMENDACIONES PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE CALIDAD EJEMPLO HEDS CMB

RESUMEN CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA

| Fecha | Turno | Observaciones | Intervenciones | Evaluación | Firma |
|------------|--------|---------------|----------------|------------|-------|
| 12/10/2018 | Mañana | ... | ... | ... | ... |
| 12/10/2018 | Tarde | ... | ... | ... | ... |
| 12/10/2018 | Noche | ... | ... | ... | ... |

Figura 1. Registro clínico de enfermería modificado. Fuente: modificado por el autor.

| Fecha | Turno | Observaciones | Intervenciones | Evaluación | Firma |
|------------|--------|---------------|----------------|------------|-------|
| 12/10/2018 | Mañana | ... | ... | ... | ... |
| 12/10/2018 | Tarde | ... | ... | ... | ... |
| 12/10/2018 | Noche | ... | ... | ... | ... |

Enfermería como disciplina profesional



Se desarrolla 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

Rol autónomo de enfermería

- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta
- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención
- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios
- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios



Registros de enfermería

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución



- Distintos tipos

- ♥ Hoja de valoración al ingreso
- ♥ Plan de cuidados y hoja de evolución
- ♥ Gráfico de constantes
- ♥ Hoja de medicación y hoja de plan de 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
- 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
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

- 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 y aspecto
- ❖ Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente

- 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

- 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
- 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

BIBLIOGRAFÍA

Universidad del Sureste. Antología de práctica clínica de enfermería 2024, PDF:
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-LEN601%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMERIA%20I.pdf>