



# Mi Universidad

## Cuadro sinóptico

*Nombre del Alumno: Ana Paola Lopez Hernández,*

*Nombre del tema: Introducción a la ceye*

*Parcial: 2do.. parcial*

*Nombre de la Materia: Práctica clínica I*

*Nombre del profesor: María del Carmen Lopez Silba*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6to.cuatrimestre*

*Fecha y lugar de trabajo: 14/06/2024*

# INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE PREPARACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

## Puntos importantes

Desarrollar políticas o procedimientos 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.

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

Se considera

- Simplificar
- 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, ya que es muy poco probable que dos personas distintas se equivoquen al controlar el mismo proceso.

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

Esto para

- Prevenir y reducir errores
- Dar seguridad necesaria al cliente
- 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, .

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

Considerando

- Efectos secundarios
- Interacciones con otros medicamentos

Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados, no solo en la prescripción médica

Sensibilizar a todos los profesionales que manejan los medicamentos sobre el impacto que puede tener un error por medicación.

# REGISTROS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

## Apartados

## Hoja de enfermería

¿ Que es?

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.

## A Identificación-localización

- Rellenar los datos de los pacientes
- N.º Historia
- Cama
- Dos apellidos
- Nombre
- Servicio
- Edad
- Fecha ingreso
- 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 Observaciones/firma

- Incidencias por turno.
- 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.
- Información emitida al paciente y/o familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.
- La letra será legible.

# REGISTROS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

## Registros de enfermería

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

## 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

## Profesional de salud debe:

- ser conscientes de su importancia, y relevancia
- 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.

## Calidad de información registrada

Se influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario.

## Las normas tienen como base

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

## 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.
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. "Lo que no está escrito, no está hecho"

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

## 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.

## Registros a cumplimentar legalmente

- Hoja de valoración al ingreso
- Plan de cuidados
- hoja de evolución
- hoja de medicación y hoja de enfermería al alta

# **BIBLIOGRAFIA**

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-LEN601%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMERIA%20I.pdf