



Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Yeyry Arlen Ramirez Roblero

Nombre del tema: 2.6 Intervenciones y resultados para la mejora continua del proceso de preparación de soluciones intravenosas

2.7 registros y observaciones de enfermería

Nombre de la Materia: Práctica Clínica de Enfermería

Nombre del profesor: María del Carmen López silba

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

6to Cuatrimestre, Grupo B, 2° parcial

2.6 INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS



Recomendaciones Generales

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 construir 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 y que lo hagan con libertad y sistematización, expresando de manera abierta, objetiva y completa lo qué y cómo sucedió.

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,

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 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, 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, 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, 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.

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

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 y localización

- Revisar los datos de los pacientes
- Nº Historia
- Cama
- Nombre
- Apellido
- 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.

Estará integrada por los siguientes apartados.

- 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.

C. observaciones y firma

- Debe de ser cumplimentado por orden cronológico, con siglatura azul o negro. Se registrará
- Respuesta del paciente ante los cuidados dispensados por el equipo de enfermería.
- Razón de emisión 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.



2.7 REGISTROS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA



La 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.

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.

Por lo tanto, sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.

La calidad de la información registrada en los registros de enfermería deben cumplir estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados a las personas y legitimen la actuación del profesional sanitario.

Todas esas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

Por ello, los registros que los enfermeros/as estamos obligados profesional y legalmente a cumplimentar son Hoja de valoración al ingreso, Plan de cuidados, hoja de evolución, gráfico de constantes, hoja de medicación y hoja de enfermería al alta, éste último, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta hospitalaria.

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.
- Ej: Refiere consumir "dos litros de vino al día" NO: Alcohólico
- Describe de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que "no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie".
- 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
- Exponer sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera metódica, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- Ej: A las 12:00h, presenta ápodo manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemisférico. SGR (D.U.E.) NO: Apósito manchado
- Se debe hacer constar: fecha, hora, (horario 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"
- Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colérica de 80 ml. S. García (D.U.E.)

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD

- Deben ser claros y legibles, usar una buena caligrafía o 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
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable. Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien, iniciales de nombre y dos apellidos.
- Ej: L. Valentin 6 LVM (D.U.E.) - No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

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.
- Ej: Si se registra "ha descansado bien toda la noche" y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.

Bibliografía

[c1bc8b0372e9f952a4e5124f6adf8659-LC-LEN601 PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I.pdf](#)
([plataformaeducativauds.com.mx](#))