



**Mi Universidad**

## **Cuadro sinóptico**

*Nombre del Alumno: Mariana Itzel Hernández Aguilar.*

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

*Parcial: Unidad 2.*

*Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería II.*

*Nombre del profesor: María del Carmen López Silba.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: 6to cuatrimestre.*

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



-Desarrollar procedimientos para una administración precisa y segura de medicamentos, buscando reducir que ocurran errores, detectar los errores que ocurren y minimizar las posibles consecuencias de los mismos.



-Dirigir esfuerzos tener una 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 que 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 detectar los errores antes de que lleguen al paciente. Los sistemas de "doble chequeo" permiten interceptar los errores.



-Realizar cambios en los procedimientos buscando 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.



# 15 Correctos para la aplicación de medicamentos

L. E. ALEX SANTIAGO

1. Higiene de las manos
2. Antecedentes Alérgicos
3. Tomar S.V
4. Medicamento Correcto
5. Dosis Correcta
6. Vía Correcta
7. Hora Correcta
8. Paciente Correcto
9. Técnica Correcta
10. Velocidad de infusión Correcta
11. Caducidad Correcta
12. Prepare y administre usted mismo
13. Registre usted mismo el medicamento
14. No admistre bajo órdenes verbales
15. Educar al paciente y su familia



yoamoenfermeriablog.com

## "2.7 REGISTROS 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.

Esta hoja está integrada por:



1) Identificación-localización

- Rellenar los datos de los pacientes.
  - Nº Historia.
  - Cama.
  - Dos apellidos.
  - Nombre.
  - Servicio.
  - Edad.
  - Fecha ingreso.
- Cuando se tenga la pegatina del **servicio de admisiones**, se colocará sobre este apartado.



2) 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.



3) 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.
- Razon de omisión de tratamientos o cuidados planificados.
- Información emitida al paciente o familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.
- Evolución del aprendizaje en relación a la educación sanitaria que se imparte al paciente o familia.
- Los distintos registros deben estar firmados por la persona que realice la actividad u observación.
- La letra será legible.



Registros de enfermería

Sirven para

- 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.
- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería**, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.
- Tienen una finalidad jurídico-legal**, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente.
- 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.
- Todas éstas normas sirven 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.

## "2.7 REGISTROS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA"



Registros de enfermería



### 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.
- 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

- 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.

### 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.
- 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.
- 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.

## “Bibliografía”

-Antología UDS, Práctica clínica de enfermería (2024) II, URL: [\\*PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I.pdf](#)

