



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Karla Sofía Tovar Albores

Nombre del tema: CEYE

Parcial: segundo

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto

CEYE

**Intervenciones y resultados para la mejora
continúa del proceso de preparación de
soluciones intravenosas**

- 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 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

**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 estará integrada por los siguientes apartados:

- A.- Identificación-localización.
- B.- Fecha/hora.
- C.- Observaciones/firma.

**A.- 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.

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

- 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.
 - 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 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.