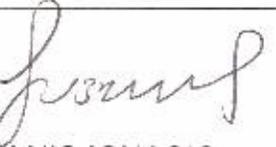
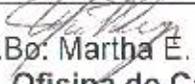


	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 1 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

NOTAS DE ENFERMERIA

 ELABORO: LUCY PALOMA Enfermera PyP	 REVISÓ: NANCY ORTIZ RONDON Subgerente Asistencial	 LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO Gerente APROBADO: RESOLUCIÓN No. 674 de 2018/11/07
FECHA: 2018/10/22	FECHA: 2018/10/25	
 Vo.Bo: Martha E. Amaya C. Oficina de Calidad	FECHA: 2018/11/06	

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 2 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVOS:.....	3
2.	ALCANCE Y RESPONSABLES:	3
3.	GENERALIDADES	3
3.1	DEFINICIÓN	3
3.2	NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACION DE REGISTROS:	3
3.3	NOTAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	5
3.4	NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:	5
3.5	PROTOCOLO DE NOTAS DE ENFERMERIA EN UREGNCIAS, OBSTETRICIA, HOSPITALIZACION Y TRASLADOS EN AMBULANCIAS...6	6
4.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	7
5.	BIBLIOGRAFIA.....	7
6.	NORMATIVIDAD.....	7
7.	REGISTRO DE CALIDAD.....	7

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 3 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

1. OBJETIVOS:

Consignar en la historia clínica todos los datos respecto al paciente en forma real, completa, concisa, legible y oportuna.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES:

Aplica para cualquier procedimiento realizado por personal de enfermería en urgencias o servicio de Observación, Hospitalización, y obstetricia.

Es responsabilidad del personal de enfermería diligenciar las notas de enfermería.

3. GENERALIDADES

Las notas de enfermería, hacen parte de un documento legal donde se registra el estado del paciente en forma organizada y completa. El registro se efectúa en cada uno de los turnos y es llevado por el personal de enfermería. La información debe ser veraz y registrarse en forma sistemática, describir datos reunidos utilizando el vocabulario adecuado.

Los registros de carácter obligatorio para todo el personal de enfermería son:

- Hoja de valoración al ingreso,
- Plan de cuidados,
- hoja de evolución,
- gráfico de constantes vitales (signos),
- hoja de medicación y
- Plan de egreso, éste último, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta hospitalaria.

3.1 DEFINICIÓN

Es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente.

3.2 NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACION DE REGISTROS:

Reglas o recomendaciones básicas. Serán usadas independientemente del soporte, modelo o plan de cuidados de enfermería.

OBJETIVIDAD:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 4 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

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
- Describa 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.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático.
NO: Apósito manchado
- 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"
Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml.

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.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 5 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

- 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. Valentín ó LVM
 - 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.

3.3 NOTAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.

- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo.
Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.
- Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

3.4 NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:

Aquello que no se debe anotar

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 6 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

- Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
 - No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como "accidentalmente", "de alguna forma".
 - No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren Ej.: Informes de caídas
 - No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
 - No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.
 - La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

3.5 PROTOCOLO DE NOTAS DE ENFERMERIA EN UREGNCIAS, OBSTETRICIA, HOSPITALIZACION Y TRASLADOS EN AMBULANCIAS.

La hoja de notas de enfermería, hace parte de un documento legal donde se registra el estado del paciente en forma organizada y completa. El registro se efectúa en cada uno de los servicios y turnos y es llevado por el personal de enfermería. La información debe ser veraz y registrarse en forma sistemática, describir datos reunidos utilizando el vocabulario adecuado. En los Centros de Atención se diligencia un formato el cual lleva los siguientes datos:

Nombre y apellidos del paciente
 Edad
 Fecha
 Procedencia
 Hora de entrada
 Hora de salida
 Nombre del enfermero de turno
 Nombre del medico de turno

Registro de signos vitales y hora en la que se realiza dicho procedimiento.

Observaciones generales como: persona que solicita el servicio, si el paciente llega por sus propios medios, diagnostico, cambios importantes del paciente durante su estadía en los Centros de Atención, si se remite sitio y nombre de la

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 7 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

empresa de ambulancias que trasporta y demás datos de importancia que se deseen registrar.

Nota de enfermería: debe iniciarse en forma céfalo caudal Estado de conciencia, equipos con que reciba al paciente como sondas, oxígeno, venoclisis y demás, valoración física: anote hallazgos importantes: color de piel, heridas, escaras y demás, toma de signos, procedimientos realizados como: venoclisis, glucometrias, electrocardiogramas, reanimación, curación etc.

Medicamentos o líquidos que se le administren: clase, dosis y vía de administración.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

Notas de Enfermería: Es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente.

5. BIBLIOGRAFIA.

Silvia García Ramírez, Ana María Navío Marco, Laura Valentín Morganizo Nure Investigación, nº 28, Mayo-Junio 07

Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería.

6. NORMATIVIDAD.

Ley 100 de 1993

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 2003 de 2014

Resolución 1995 de 1999.

7. REGISTRO DE CALIDAD.

- . Historia clínica con sus registros.
- . Formatos diseñados para tal fin.

CONTROL DE CAMBIO

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código PR-GQA-14	Página 8 de 8	
	NOTAS DE ENFERMERIA	Fecha Vigencia 2018/11/07	Documento Controlado		

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
2	Se elaboró la segunda versión para el servicio de urgencias PR-URG-28	Gerencia	03/01/2013
2	Se elaboró la segunda versión para el servicio de Hospitalización PR-HOS-16	Gerencia	03/01/2013
1	Se unifican y se consolidan los procedimientos de Notas de enfermería, para los servicios de urgencias, hospitalización y obstetricia, se cambia codificación GQA por ser transversal para los servicios de la Institución	Gerencia	07/11/2018