

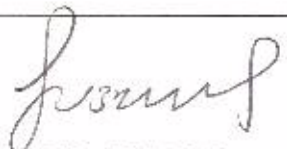
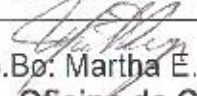


	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código PR-GQA-14</b>	<b>Página 1 de 8</b>	
	<b>NOTAS DE ENFERMERIA</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/11/07</b>	<b>Documento Controlado</b>		



## NOTAS DE ENFERMERIA

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

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

## 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

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

### 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:**



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

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.

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

- 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.



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

- 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

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

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**



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

<b>VERSIÓN No</b>	<b>DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>FECHA</b>
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