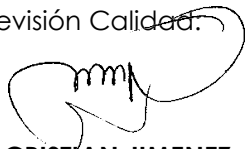

	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: IN-AIN-002
			Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA		Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
			Página: 1 de 7

Elaboración:  ALEJANDRA PEÑA Lider UCI	Revisión Técnico/Científica:  SANDRA FIGUEROA Coordinación de Calidad y servicios de apoyo	Revisión Calidad:  CRISTIAN JIMENEZ Profesional de Calidad y Riesgos	Aprobación:  MAURICIO ENRIQUEZ Director Ejecutivo
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: IN-AIN-002
			Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA		Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
			Página: 2 de 7

1. OBJETIVO

Registrar los datos del paciente de manera precisa, completa, secuencial, legible y oportuna, asegurando la correcta comunicación entre los integrantes del equipo de salud. Esto garantiza la disponibilidad continua de la información, favoreciendo la continuidad y calidad del cuidado de enfermería.

2. ALCANCE

Aplica a todos los pacientes que requieran hospitalización o atención en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Red Medicron IPS, donde se dejará constancia detallada de todos los datos clínicos, procedimientos realizados y los cuidados proporcionados por el equipo de enfermería.

3. MATERIALES, RECURSO HUMANO, EQUIPOS E INSUMOS

• RECURSO HUMANO

- ✓ Enfermera Profesional
- ✓ Auxiliar de enfermería.

• OTROS RECURSOS

- ✓ Historia Clínica
- ✓ Salud Ips
- ✓ Sábana de Enfermería

4. DEFINICIONES


- **Notas de Enfermería:** La nota de enfermería es un registro escrito de la atención médica que se brinda a un paciente. Esta nota es esencial para asegurar un cuidado integral y de calidad, ya que proporciona información detallada sobre las actividades realizadas por los profesionales de enfermería.
- **Registro clínico:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

5.1 NOTA DE NEFERMERIA


PASO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS RELACIONADOS
------	-----------	-------------	-------------	-------------------------



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: IN-AIN-002
			Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA		Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
			Página: 3 de 7

1	Realizar nota de Enfermería	Registrar hora	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
2		Indicar si la nota de Enfermería es de Recibo, Durante o entrega, o alguna condición especial	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
3		Identificar el nombre completo de paciente y edad	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
4		Anotar el servicio en el que se encuentra actualmente (UCI o UCIN)	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
5		Anotar diagnósticos actualizados	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
6		Realizar examen físico cefalocaudal, describir por sistemas cómo se encuentra el paciente, y cualquier anomalía que presente	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
7		Registrar signos vitales	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
8		Registrar Pendientes, puede ser reportes de laboratorios, toma de exámenes complementarios, remisiones etc.	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería
9		Registrar el tipo de aislamiento que tenga el paciente si aplica	Enfermer@	Historia clínica- Nota de Enfermería



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: IN-AIN-002
		Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 4 de 7

5.2 NOTA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

PASO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS RELACIONADOS
1	Realizar nota de auxiliar de Enfermería	Registrar Hora.	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería
2		Indicar si la nota de Enfermería es de Recibo, Durante o entrega	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería
3		Identificar actividad que va a realizar al paciente	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería
4		Realizar examen físico cefalocaudal, describir por sistemas cómo se encuentra el paciente, y cualquier anomalía que presente	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería
5		Anotar riesgos identificados	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería
6		Describir cuidados de Enfermería o procedimiento que va a realizar	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería
7		Describir en qué condiciones queda el paciente	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica- Nota de Enfermería

5.2. PRECAUCIONES


La información a registrar debe:

- Ser precisa (concisa, breve), evitar las vaguedades, algunas palabras como "paciente" pueden eliminarse pues es evidente que lo registrado pertenece al enfermo y a nadie más, igualmente el nombre, sexo, edad.
- Ser concreta y real.
- Ser clara.

El personal debe:

- Evitar el uso de símbolos químicos.
- Utilizar solo abreviaturas aceptadas.
- En lo posible mencionar el nombre genérico de medicamentos.



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: IN-AIN-002
		Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 5 de 7

- Interrogación cuando hay dudas.
- No dar opiniones. Evitando utilizar palabras como regular, bien, igual, por su valor subjetivo; aclarar el significado que se quiere expresar al anotar estos términos.
- Ser exacto sobre lo que se informe.
- Recordar que la historia clínica es un documento legal.
- Al escribir notas textuales del paciente, encierre entre comillas.
- Utilizar correctamente los términos científicos.
- No anotar un procedimiento antes de realizarlo

5.3. RECOMENDACIONES

Para llevar un registro de enfermería se presenta las siguientes recomendaciones:

5.3.1. OBJETIVIDAD:

- Los registros deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería.
- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describa 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.

5.3.2. PRECISIÓN Y EXACTITUD:

- Los registros 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 de 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)

Anotar todo lo que se informa, puesto que los registros incompletos, podrían indicar

- unos cuidados de enfermería deficiente. "Lo que no está escrito, no está hecho". Ej: A las 15:00h, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml.

5.3.3. LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN	Código: IN-AIN-002
		Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 6 de 7

- Los registros deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- 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.

5.3.4. 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.


Las notas de enfermería deben ajustarse a los principios éticos de la verdad, la privacidad, respeto al paciente y debe tener en cuenta todas las implicaciones legales que exige este documento.

En la Historia clínica se observan unos elementos que la caracterizan, los cuales se analizarán a continuación:

- **Es un documento privado.** Por documento se entiende todo objeto mueble que incorpore un escrito o unos datos que para estos efectos puede estar firmado y tiene capacidad probatoria.
El carácter de privado hace referencia a que el documento no requiere de formalidades legales diferentes a la de la firma del autor, no es otorgado por funcionario público en ejercicio de sus funciones, ni por notario.
- **Es obligatorio.** Esto quiere decir que todos aquellos profesionales, técnicos y auxiliares que en razón de su profesión u oficio estén vinculados con el caso clínico en particular deberán registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones de salud desarrolladas.
- **Objeto del secreto profesional.** Es deber de todos los profesionales que intervengan en el caso clínico guardar reserva de lo que se haya visto, oído y comprendido por razón del ejercicio profesional.
- **Pertenece al paciente.** Y sólo puede ser conocida por terceros, previa la autorización del paciente, la familia o su representante legal en los casos previstos por la Ley.

Las notas de enfermería encierran los mismos elementos de la Historia Clínica y se deberá diligenciar teniendo en cuenta las siguientes condiciones:



	PROCESO ATENCIÓN SERVICIO DE INTERNACIÓN		Código: IN-AIN-002
			Versión: 00
	INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA		Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
			Página: 7 de 7

- Adoptar los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se brindan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad sin perjuicio del cumplimiento de las normas, de las directrices institucionales o de autoridades competentes.
- Las notas de enfermería deben ajustarse a la verdad, proteger la reserva de la historia clínica, la privacidad e intimidad del paciente.
- Las notas de enfermería deben fomentar el colegaje y el trabajo interdisciplinario, respetuoso, con miras a asegurar la calidad del cuidado de enfermería que se proporciona al sujeto de cuidado.

