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

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.

1. **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.

1. **MATERIALES, RECURSO HUMANO, EQUIPOS E INSUMOS**

* **RECURSO HUMANO**
* Enfermera Profesional
* Auxiliar de enfermería.
* **OTROS RECURSOS**
* Historia Clínica
* Salud Ips
* Sábana de Enfermería

1. **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.

1. **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**
   1. **NOTA DE NEFERMERIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO** | **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCIÓN** | **RESPONSABLE** | **DOCUMENTOS RELACIONADOS** |
| 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 entrego, 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 anormalidad 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 |

* 1. **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 entrego | 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 anormalidad 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 |

* 1. **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.
* 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
  1. **RECOMENDACIONES**

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

* + 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.
  + 1. **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.
  + 1. **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:**

* 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.
  + 1. **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 analizaran 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:

* 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.