

1. OBJETIVO

Unificar criterios para la elaboración de notas de enfermería y llevar registro de todos los procedimientos, intervenciones o situaciones presentadas durante el turno.

2. ALCANCE

Desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y/o urgencias hasta el egreso del mismo.

3. RESPONSABLES

Responsable	Responsabilidades
Profesional de Enfermería	Elaborar y diligenciar correctamente las notas de enfermería; registrar de manera clara, objetiva, completa, oportuna, secuencial y cronológica los cuidados y situaciones presentadas durante la atención. Supervisar y orientar al personal auxiliar en el adecuado diligenciamiento de los registros de enfermería.
Auxiliar de Enfermería	Realizar los registros de enfermería correspondientes a las actividades y cuidados proporcionados, de acuerdo con las directrices institucionales y bajo la orientación y supervisión del profesional de enfermería.

4. ENFOQUE DIFERENCIAL:

No aplica

5. GENERALIDADES

6.1. En la Historia clínica se observan unos elementos que la caracterizan

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

- Adoptar los formatos y medios de registro electrónicos 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.
- Se debe realizar y anexar los consentimientos informados, que deben ser diligenciados al inicio de la atención y procedimientos a realizar.
- Realizar los registros electrónicos inmediatamente después de proporcionar el cuidado, identificando claramente la actividad o procedimiento.
- Describir en forma clara, sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora de realización de cada procedimiento.
- Describir objetivamente el comportamiento y reacciones del sujeto de cuidado
- Al realizar el registro evite caracterizar las conductas del sujeto de cuidado con adjetivos poco gratos o irrespetuosos como obstinado, repugnante, ofensivo, desagradable, grosero.
- En caso de atender, Un caso de urgencia, una prescripción médica verbal se debe hacer una transcripción detallada de la misma, inmediatamente, sea posible especificando: la fecha, hora y nombre del médico, medio de comunicación y la prescripción. No olvidar hacerla registrar por el médico.
- 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.

6.2. Responsabilidad de las notas de enfermería

Las notas de enfermería presumen la veracidad de los datos y como ya se dijo, desde la dimensión legal, al igual que la historia clínica es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional, es aconsejable que el personal de enfermería diligencien no solamente las notas de enfermería de

aquellos pacientes que consideren críticos sino, también los otros registros de enfermería como el registro del control de líquidos, de medicamentos, de signos vitales, etc., teniendo en cuenta el acto de cuidado de enfermería, ya que la constancia escrita del acto de cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional sino que es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Recordemos que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos.

Por ser los registros y las notas de enfermería documentos privados, estos pueden ser objeto de los siguientes tipos del Código Penal:

Artículo 289. Falsedad en documento privado. El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa en prisión de uno (1) a seis (6) años

Artículo 293. Destrucción, supresión y ocultamiento de documento privado. El que destruya, suprima u oculte total o parcial un documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá en prisión de uno (1) a seis (6) años.

Es importante tener en cuenta que la gran mayoría de veces los errores en el ejercicio profesional son de modalidad "culposa", es decir por la infracción al deber objetivo de cuidado que la enfermera debió haber previsto por ser previsible o que habiéndolo previsto confió en poderlo evitar.

Debido a que las enfermeras en el ejercicio profesional se ven obligadas a delegar algunas actividades a las auxiliares de enfermería, por la imposibilidad de dar cuidado directo en algunos servicios, es aconsejable dar instrucción al personal sobre la forma idónea y responsable del diligenciamiento de los registros de enfermería. De todos modos, el Profesional de Enfermería debe supervisar y orientar al personal auxiliar para que hagan notas de enfermería correctas.

6.3. Talento humano que participa de las actividades esenciales

Descripción	Cantidad
Profesional de Enfermería	Según requerimiento del servicio
Auxiliar de Enfermería	Según requerimiento del servicio

	PROTOCOLO DE NOTA DE ENFERMERÍA	Código: HO-PT-004
		Versión: 04
		Fecha: OCTUBRE 2026

6.4. Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)

No aplica

6.5. Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)

No aplica

6.6. Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad
Historia clínica electrónica	Según requerimiento del servicio
Kardex	Según requerimiento del servicio
Registro de control de líquidos	Según requerimiento del servicio
Registro de signos vitales	Según requerimiento del servicio
Registro de escala de UPP y caídas	Según requerimiento del servicio
Registro de evolución / plan de contingencia	Según requerimiento del servicio
Consentimiento informado para la administración de tratamiento	Según requerimiento del servicio
Registro de material utilizado por el paciente	Según requerimiento del servicio

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1. Procedimiento

- Creación del paciente en la historia clínica electrónica.
- Realizar en forma clara, corta, concisa, oportuna, completa, en orden secuencial y cronológico el registro.

- Diligenciar la historia clínica electrónica en forma completa, sin obviar ningún dato requerido en el formato.
- Registrar la fecha y hora de elaboración de la nota de enfermería, la cual debe coincidir con el momento en que sucede el evento (nota intermedia) u hora de entrega o recibo de turno.
- Describir:
 - El estado general y de conciencia en que se recibe o entrega el paciente
 - Datos subjetivos y objetivos que indiquen cambios físicos y psíquicos observados
 - Líquidos, goteos, sondas, drenes, oxígeno, heridas, dieta que se le está suministrando etc.,
 - Procedimientos de enfermería realizados y actividades educativas dadas
 - Valoración adicional por otros profesionales y evolución del estado clínico en general

NOTA: Las notas intermedias son registros que se hacen de eventos RELEVANTES sucedidos en el turno, relacionados con el paciente.

6.1. Ejemplo de nota de enfermería:

Nota de ingreso o admisión del usuario (Se hace cuando el usuario ingresa por primera vez a la institución de salud):

Se registran datos obtenidos de la valoración clínica inicial realizada al paciente por parte del personal de enfermería.

La nota de ingreso o admisión del usuario, debe hacerse teniendo en cuenta valoración clínica del usuario, que debe incluir la anamnesis o interrogatorio y el examen físico o revisión por sistemas, así se obtiene la información necesaria para la atención del usuario, se describen y registran en forma objetiva las condiciones de salud de éste y se planea e individualiza el cuidado de enfermería.

La nota de admisión del usuario, debe contener los siguientes datos del usuario:

- **Datos de identificación:** Edad, sexo, procedencia, grado de escolaridad, estado civil, religión, número telefónico, cómo y con quién llega el usuario a quien darle información.

- **Motivo de consulta o diagnóstico de hospitalización:** si es un motivo de consulta debe ir con las palabras del usuario, entre comillas, lo que el usuario relata sobre su enfermedad o sus signos y síntomas, y si es por motivo hospitalización debe registrarse en la historia clínica el diagnóstico que el médico define para su hospitalización.
- **Enfermedad actual:** En términos técnicos, se relatan las dolencias del usuario, desde hace cuánto tiempo las presenta, etc. Se registra la descripción clara y cronológica de los problemas que refiere el paciente, describiendo las características de los síntomas en cuanto a localización, duración, frecuencia, cantidad, gravedad, factores que agravan o alivian los síntomas.
- **Antecedentes personales:** Se recoge información sobre las enfermedades que ha sufrido el usuario a lo largo de la vida, dentro de los antecedentes personales, se pueden encontrar: **antecedentes patológicos** (presencia de enfermedades como diabetes, cáncer, tuberculosis, hipertensión); **antecedentes ginecobstétricos** (edad de la menarquía, fecha última menstruación, características de los ciclo, número de embarazos, abortos, embarazos ectópicos, fecha último parto, planificación familiar, si ha sido víctima de violencia, numero de compañeros sexuales, ha tenido o no infecciones de transmisión sexual etc.); **inmunológicos** (esquema de vacunación); **quirúrgicos** (busca identificar si el paciente ha sido sometido a algún procedimiento quirúrgico, debiéndose especificar la fecha, tipo de anestesia, complicaciones, etc.); **antecedentes personales y sociales** (si toma licor, fuma, sustancias psicoactivas, dietas, costumbres, etc.), **antecedentes alérgico**, (si alguna vez ha hecho reacción alérgica a una sustancia o medicamento se le haya administrado).
- **Antecedentes familiares:** Se debe indagar sobre el estado de salud o causa de muerte de los familiares inmediatos (padres, abuelos, hermanos, tíos), las patologías por las que con mayor frecuencia se pregunta son: diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, cáncer, enfermedad cerebrovascular, asma, entre otras.
- Examen físico o revisión céfalo caudal del usuario, que debe incluir signos vitales y medidas antropométricas.

- Tipo de alimentación hospitalaria de acuerdo a patologías del paciente.

Se registran los procedimientos que hubo que realizarle al usuario a su ingreso, como exámenes de laboratorio (nombre de exámenes solicitados, hora en que se toma la muestra, quien recibe la muestra en el servicio de laboratorio o datos del funcionario del laboratorio externo que se la lleva (de ser el caso) y hora en la que se envía o se entrega al laboratorio, canalización de venas (# catéter, # de intento al que se logra canalizar, fecha y hora, nombre del responsable, lugar anatómico en el que se canaliza la vena), asepsias para procedimientos, su acomodo en la unidad, entrega de derechos y deberes de la institución, educación en disposición adecuada de desechos, horario de visitas, normas hospitalarias, normas de aislamiento si se requiere, información brindada de medidas de seguridad clínica como: importancia de la adecuada identificación del usuario en la cabecera de la cama (nombre completo, numero de cedula y tarjeta según el riesgo identificado) y manillas de identificación (nombre completo, numero de cedula, nombre del responsable, número telefónico, # cama asignada y tipo de sangre), mantener barandas elevadas e importancia de un adecuado lavado de manos tanto del usuario como del personal asistencial.

6.2. Nota de recibo (al inicio del turno):

Se explica cómo se recibe el usuario en su unidad. Se hace con base en lo observado durante la valoración física del usuario. No es necesario registrar datos del turno anterior, pues estos quedaron condensados en la nota del compañero que entregó.

Recibo a xxxxx en su unidad, posición en que se encuentra, el estado emocional, estado de conciencia (si es necesario), si está acompañado por familiar o no, # de día estancia en el servicio, con qué tipo de aislamiento esta (si lo tiene ordenado) y una breve descripción de su estado físico en orden cefalo caudal, lo más importante, lo que no sea normal, recordar venoclisis, drenes y sondas.

Ejemplo:

Recibo a don Pedro, en su unidad, sentado, tranquilo, consciente y orientado en tiempo persona y lugar, se encuentra en compañía de su esposa, hoy cumple su 3 día de hospitalización con diagnóstico de neumonía, continua con aislamiento por gotas ordenado por médico, al examen físico observo al paciente con mucosas orales húmedas, con oxígeno por cánula a 2 litros por minuto, no cianosis, sin disnea, abdomen blando, catéter salinizado en miembro superior derecho sin

signos de flebitis, sonda Foley permeable, orina colúrica, edema grado I en miembros inferiores.

6.3. Nota de entrega (al finalizar el turno):

Se realiza al finalizar cada turno, debe hacerse una descripción clara y completa de las condiciones y estado en que pasó y queda el usuario, igualmente se explican las actividades y cuidados que se le brindaron y las que quedan pendientes por realizar. Debe hacerse en orden céfalo caudal y cronológico.

Especificar cómo pasa el turno el usuario, si acostado, levantado, sentado, deambulando etc.; su estado de ánimo, en el caso del turno diurno, el baño, los masajes y cambios de posición; si se tomaron exámenes de laboratorio y/o se llevó a exámenes o procedimientos especiales; luego se hace descripción de su valoración física, en orden céfalo caudal, incluyendo los sistemas u órganos afectados y lo que se hizo en cada uno de estos (si se hizo alguna actividad), por ejemplo drenajes posturales, curaciones; venoclisis o catéteres salinizado, drenajes y sondas, alimentación y por último las eliminaciones.

Don Pedro pasa el día algo triste, permanece acostado la mayor parte del tiempo, se realiza baño en cama, masajes en zonas de presión, piel íntegra y sana, ejercicios activos y pasivos en sus extremidades, se hacen cambios de posición cada 2 horas; se sangró para úrea y creatinina, pH y gases arteriales, se llevó al servicio de imagenología para toma de RX de tórax, el medico recibe resultados y realiza su respectiva lectura y registro en historia clínica, se alimenta bien durante el turno, paciente pálido, mucosas orales húmedas, oxígeno por cánula a 2 litros por minuto, presenta períodos de disnea que mejoran con el reposo, no presenta retracciones, se realiza terapia respiratoria, abdomen blando, se cambia sitio de catéter a miembro superior izquierdo por protocolo, se canaliza vena al segundo intento con catéter # 20 el cual queda conectado a adaptador de tratamiento intermitente (A.T.I), se fija con micropore, queda sin signos de flebitis, edema leve en miembros inferiores, dedos con buen color, calor y motisensibilidad, elimina por sonda vesical 840 cc colúricos, los líquidos administrados por diferentes vías fueron en total 1200cc por lo cual se identifica un balance de líquidos positivo por retención de 360 cc, peso: 54kg hace deposición y se recoge coprológico, describir la salinización del catéter durante el turno .

6.4. Nota de Egreso:

El usuario egresa de la institución hospitalaria por muerte, traslado a otra institución o por mejoría.

Se describen las condiciones en las que sale el paciente de la institución una vez se le da de alta. Deben registrarse las condiciones en que sale, si caminando, en silla de ruedas, o en camilla, con quién sale de la institución, familiar, amigo, cónyuge, se especifica si se retira vena, oxígeno u otro elemento, se registran las indicaciones e instrucciones dadas sobre alimentación, medicación, cuidados en la casa, seguimiento y sobre cita de revisión, curaciones, incapacidad, inducción a programas de promoción y prevención, si se hace entrega de resultados de ayudas diagnósticas, paraclínicos realizados y fórmula médica.

Si el usuario fallece, debe registrarse la hora exacta de la muerte, con quienes estaban el usuario y sobre las pertenencias personales (cadena de custodia).

7. ANEXOS.

Formatos

- Kardex
- Control balance de líquidos, registro signos vitales, escala de UPP y Caidas, y demás registros de la HC sistematizada.
- Evolución plan de contingencia)
- Consentimiento informado para la administración de tratamiento
- Material utilizado por el paciente

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIAS:

Bibliografía

- Morales O. Notas de enfermería, consideraciones de la nota 2013 [fecha de acceso: 17 de agosto de 2013]. Disponible en: http://omorbis.over-blog.com/pages/NOTAS_DE_ENFERMERIA--3703154.html
- Jiménez R. La Evolución de la Enfermería a través del Tiempo. Un Enfoque
- Epistemológico. Rev. Desarrollo Científ Enferm 2009; 17 (10): 440-442. Disponible en: <http://www.artemisaenlinea.org.mx/>

	PROTOCOLO DE NOTA DE ENFERMERÍA	Código: HO-PT-004
		Versión: 04
		Fecha: OCTUBRE 2026

acervo/pdf/desarrollo_cientifico_la_enfermeria/6LaEvolucion.pdf

Consultado: 17/08/2013

- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999, por la cual se establece régimen penal colombiano y responsabilidad civil médica. Bogotá, D.C.; 2001. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=58
- Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y prácticas. Editorial Pearson. México 2008. P 787-796
- Chaparro L, García D. Registros del Profesional de Enfermería, como evidencia de la continuidad del cuidado. En: http://www.colombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403_registros.htm actualizaciones en enfermería.

9. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Cambio	Descripción del cambio	Elaborado / Revisado	Aprobación
01	Septiembre de 2014	No aplica para la primera versión	Enfermera líder / jefe de calidad	Gerente
02	Septiembre 2020	Cuando no hay ingreso a historia clínica sistematizada, se abre el plan de contingencia.	Enfermera líder / jefe de calidad	Gerente
03	Septiembre 2024	Se corrige ortografía, se Actualizan los formatos a diligenciar	Enfermera líder / jefe de calidad	Gerente
04	Octubre 2026	Actualización del formato y codificación	Enfermera líder / jefe de calidad	Gerente