



**NOTA
SOAP**

**MAPEO
PACIENTE**



¿Que son
los registros
de
Enfermería?

¿Cuándo
hay que
registrar?

¿Cómo y en
dónde hay
que
registrar?

¿Qué
registrar?

¿Por qué
registrar?

¿Para qué?

¿Cuánto
registrar?

¿Quién
debe
registrar?



LEY No. 911 de 2004

Capítulo V: Responsabilidad del profesional de Enfermería con los registros de Enfermería

Artículo 35: Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y Rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los Sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

Artículo 36: HCL documento privado sometido a reserva.

Artículo 38: Diligenciamiento y responsable. El profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las internacionalmente aprobadas

RESOLUCIÓN
1995 DE 1999

Dicta disposiciones sobre la organización manejo del archivo de historias clínicas



Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional

LEY No. 266 de 1996
(enero 25)



ASOCIACIÓN NACIONAL
DE ENFERMERAS DE COLOMBIA
-ANEC-



EXACTITUD

☐ Es esencial que las anotaciones en los registros sean exactos y correctos. Las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones exactas, en lugar de opiniones o interrupciones de una observación.

INTEGRIDAD

☐ La información que se registre ha de ser completa y útil para la persona, los médicos, otras enfermeras y trabajadores que intervengan en la asistencia sanitaria.





Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona.



Dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de Enfermería brindados.



Registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona



Servir como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal.



Estudios de investigación





CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA FÍSICO

Sea grave ejemplo: dolor intenso

Un aumento de la temperatura corporal

Pérdida de peso gradual

Incapacidad para orinar tras cirugía

CUALQUIER INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Medicamentos administrados

Tratamientos

Educación





CUALQUIER CAMBIO DE CONDUCTA:

Indicaciones de emociones fuertes, como ansiedad o miedo.

Cambios importantes en el estado de ánimo

Un cambio en el nivel de conciencia

CUALQUIER CAMBIO FÍSICO COMO:

Perdida de equilibrio

Pérdida de fuerza

Dificultad auditiva o visual



QUÉ ES UN SIGNO Y UN SÍNTOMA?

Signo: manifestación objetiva de enfermedad, descubierta mediante:

- ✓ Examen físico (petequia, esplenomegalia, soplo cardiaco)
- ✓ Métodos complementarios de dx (hiperglicemia, nódulo pulmonar)

Síntoma: manifestación subjetiva de enfermedad Percibida por el paciente. Son ejemplos: el dolor, la disnea, y las palpitaciones.

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas relacionados entre sí

NOTA DE ENFERMERIA INDIGO CRYSTAL

Adicionar Nota



Guardar

Formulario



Permisos

Sincronizar



Cerrar

Cerrar

General

Título de la nota:

Nota rápida de enfermería

Fecha - hora de registro:

5/02/2021 3:00 a. m.

Nivel de importancia:

Plantilla

Seleccione plantilla:

Cargar en:



Subjetivo



Objetivo



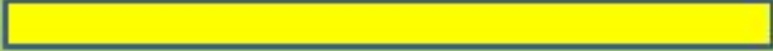
Actividades

Cargar

Subjetivo

Objetivo

Actividades

NIVEL	COLOR
Eventos adversos.	
Administración de componentes de sanguíneos.	
Reacción a medicamentos.	
Normal.	
Medicamentos.	
Traslado general.	
Reanimación.	
Defunción.	
Hemodiálisis.	



NOTA SOAP

NOTA SOAP

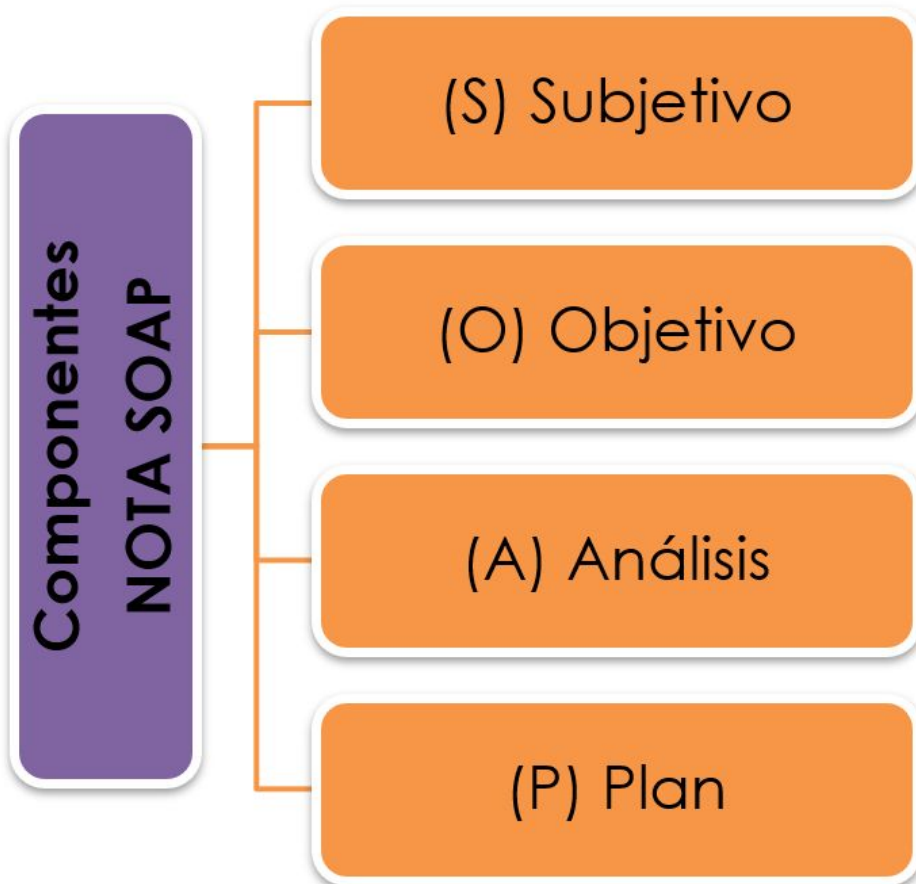
Registro escrito elaborado por el personal de enfermería

Acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional

Así como la evolución de la enfermedad , cuidados y procedimientos



SOAP



¿COMO INICIAR LA NOTA?

FECHA Y HORA. Usuario de género _____,
_____ años de edad, con diagnóstico
médico de

_____ y/o intervenido quirúrgicamente
de: _____ Por o a
causa de _____ en su
_____ día postoperatorio de

_____, en su _____ días de hospitalización.



S

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

- ❖ Tipo de nota (Ingresa paciente - Recibo paciente – Entrego paciente – Traslado paciente)
- ❖ Sexo
- ❖ Edad
- ❖ Días de estancia hospitalaria
- ❖ Servicio asistencial
- ❖ Diagnósticos médicos actualizados

SUBJETIVO:

- ❖ Información verbal y gesticular obtenida del paciente, familiar o acompañante en “”.





Información verbal
o gesticular
obtenido del
usuario, del familiar,
del acompañante-
cuidador o del
cuidador del
personal de salud.

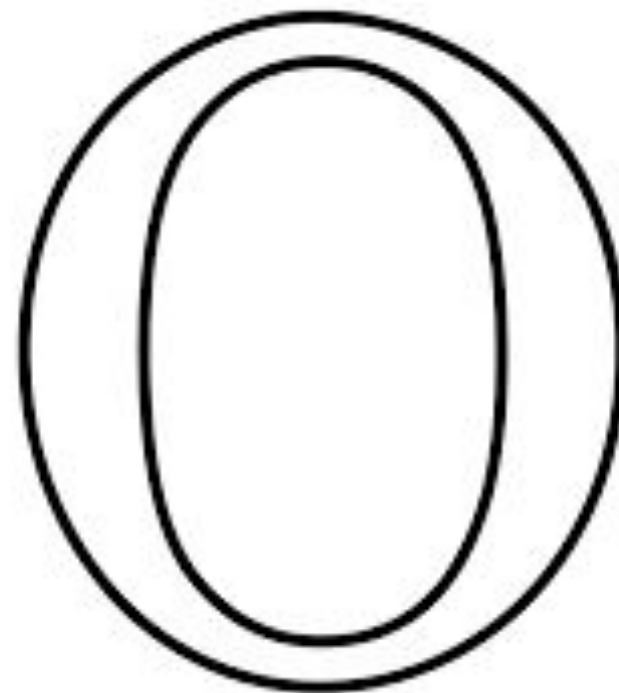
Queja y/o
demanda principal
del paciente,
pudiendo hacer uso
de cita textual o no.

Lo importante es
que se haga una
síntesis de lo
reportado por el
paciente



OBJETIVO

- ❖ Estado de conciencia + Escala Glasgow
- ❖ Signos Vitales: PA – FC – FR - SATO2 (Con o sin O2 – % FIO2) – T°.
- ❖ Valoración Física:
- ✓ Descripción cefalocaudal de los hallazgos clínico encontrados en la valoración de Enfermería.
- ✓ Registro de dispositivos médicos:



OBJETIVO



ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

- Ubicación
- Fecha de inserción.
- Signos de infección (Escala Maddox).
- Permeabilidad.
- Infusiones (cc/h).

DRENAJES

- Ubicación y posicionamiento.
- Características y cantidad del drenaje.
- Estado del sitio de inserción.

SONDA VESICAL

- Tipo de sonda.
- Fecha de inserción.
- Fijación y cambio de esta.
- Características y cantidad de la orina.
- Irrigación (cc/h) si aplica.

ORTESIS

- Ubicación.
- Características y cantidad del drenaje (si aplica).
- Signos de infección.
- Funcionalidad.
- Pulsos distales, y llenado capilar en caso de tutor externo.



LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA O ULCERAS POR PRESIÓN



- ✓ Valoración del estado de la piel: describa estado de la piel, escala Braden puntuación y riesgo, descripción de la lesiones de la piel, si son lesiones asociadas a dependencia (ubicación, categoría, longitud, profundidad). Describa los cuidados de Enfermería realizados durante el turno (Frecuencia de los cambios de posición, tolerancia, lubricación de la piel, educación al paciente y a la familia, etc).

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Escala de Maddox.

Escala visual de valoración de flebitis.



SIN DOLOR.

DOLOR MODERADO.

DOLOR SEVERO.

- ✓ Realice el registro de la Escala de valoración visual para la prevención de las Flebitis, teniendo en cuenta la ubicación de los sitios de inserción de catéteres venosos.



! Corazón para servir i

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)

Alto riesgo: Mayor a 2 puntos

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

✓ Finalice la parte objetiva describiendo los riesgos que tiene el paciente: Riesgo de caídas (Escala Downton), alergias, fuga.





ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- ❖ Registre las intervenciones planificadas y ejecutadas durante el turno.



Se identifican los problemas o necesidades presentadas por el usuario, que influyen directamente sobre su condición de salud actual

Describir y analizar los hallazgos obtenidos a través del examen físico, céfalo-caudal

El producto será el o los diagnósticos aplicables a la condición del usuario, lo cual permitirá establecer el **plan de cuidados más adecuado**



P

PENDIENTES

- ❖ Registre los pendientes asistenciales y administrativos teniendo:
 - ✓ Fechas (solicitud, Radicado, Autorización, Programación)
 - ✓ Hora de asignación de los procedimientos.
- ❖ Actualice los pendientes que ya fueron realizados y documéntelos como actividades de Enfermería.

INCLUYE

Contiene todas las **intervenciones y actividades** planificadas y ejecutadas durante el turno.

Registre los pendientes asistenciales y administrativos teniendo:

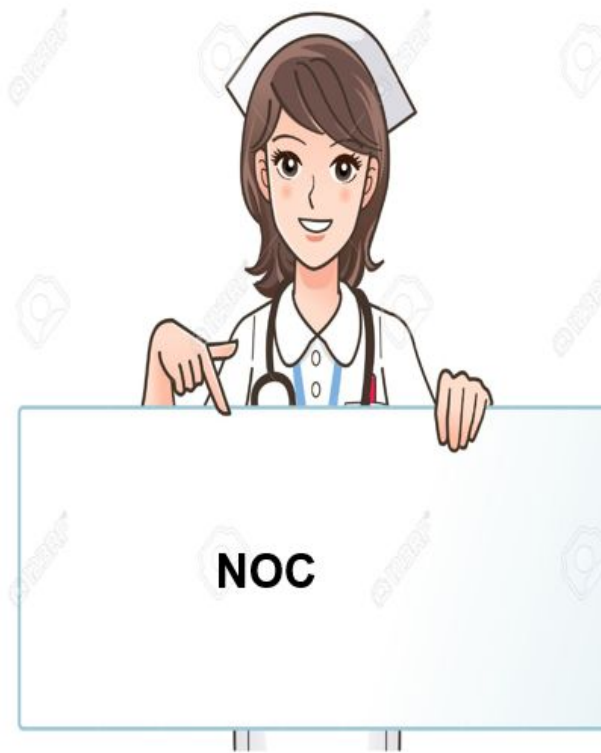
Fechas (solicitud, Radicado, Autorización, Programación)



2-5 diagnósticos de enfermería

Escribir la hora de actividades realizadas o eventos significativos durante el turno:

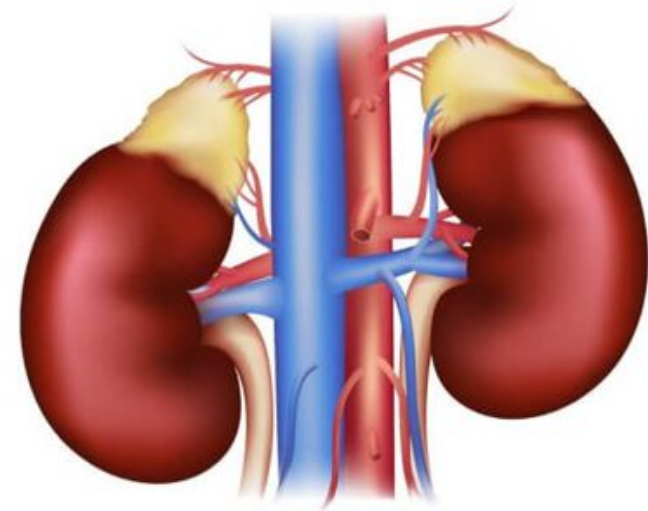




TAXONOMIA DE LAS "3N"

P: PLAN DE ENFERMERIA

Alteración en la eliminación
urinaria R/C deterioro de la
tasa de filtración glomerular
E/P oliguria y anuria.



Ejemplo de PAE

NIC

- ❖ Control de líquidos administrados y eliminados.
- ❖ Pesar a diario y controlar la evolución.
- ❖ Observar signos de sobrecarga/ retención de líquidos.
- ❖ Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- ❖ Vigilar el estado de hidratación (membranas, mucosas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).
- ❖ Controlar los cambios de peso antes y después de la diálisis; Monitorizar signos vitales, si procede.
- ❖ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas si procede.
- ❖ Monitorizar el estado nutricional.
- ❖ Valorar las características de la orina.



Por último realizar la **Evaluación** del Plan: El usuario en la mañana _____, queda

_____, **Pendientes:**

_____ y con **Signos Vitales**



- ❖ Los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados.
- ❖ Nunca registre actividades o valoraciones que no fueron ejecutadas, ni son de competencia de enfermería.





- ❖ La valoración clínica del usuario es un procedimiento inherente al cuidado que se debe garantizar en cada recibo de turno, con el fin de establecer el plan de cuidados para el turno, priorizar la atención de los pacientes y contar con registros clínicos reales, oportunos, coherentes y pertinentes.
- ❖ Las escalas de medición deben ser actualizadas y registradas en las notas de Enfermería.
- ❖ Los signos vitales hacen parte esencial de las notas de Enfermería, pues determinan las condiciones clínicas del paciente, estos deben ser medidos no copiados de registros anteriores.
- ❖ Haga participe al paciente y a la familia de su cuidado, educando sobre la notificación inmediata de alteraciones clínicas y registre los hallazgos.
- ❖ Los registros de Enfermería constituyen: Conocimiento de enfermería, evidencia del cuidado brindado a los pacientes y son un elemento de defensa legal.



IPS O SERVICIO REMITENTE:		
PACIENTE:	NO. DE HCL:	EDAD:
DIAGNÓSTICO:		
SERVICIO RECEPTOR:	CAMA:	
FECHA DE INGRESO		



ITEMS DE VALORACIÓN	CUMPLE		
1. NORMAS GENERALES	C	N C	N A
Se realizó baño con clorhexidina			
Se realizó cambio de ropa posterior al baño.			
Se evidencia SIRS (fiebre, leucocitosis, taquicardia, neutrofilia, entre otro)			
2. DISPOSITIVO ACCESO VENOSO PERIFÉRICO			
Existen signos locales de infección (flebitis).			
Se realizó cambio de catéter y sistemas de dispositivos con la marcación respectiva.			
3. DISPOSITIVO ACCESO CENTRAL			
Existen signos locales de infección.			
Se realizó la curación con técnicas asépticas.			
4. DISPOSITIVO VIA AÉREA			
La vía aérea se encuentra permeable.			
Se realizó cambio de los circuitos de ventilación.			
Se realizó aseo de los dientes y lengua con cepillo.			
Se realizó aseo de boca con clorhexidina.			
Se realizó cambio de dispositivos (mascaras, cánula nasal, humidificador, nebulizador, kit de micronebulización y kit de ventury con la marcación respectiva.			



ITEMS DE VALORACIÓN	CUMPLE		
5. CATETER URINARIO	C	N C	N A
La sonda se encuentra permeable.			
Se realizó cambio de dispositivo (en los casos que aplique) con la marcación respectiva.			
6. DISPOSITIVO VIA GASTROINTESTINAL			
La sonda se encuentra permeable y funcional.			
Se realizó verificación de la ubicación de la sonda.			
Se realizó limpieza y cambio de la fijación.			
Se verifico la existencia de lesiones en piel asociadas a la sonda.			
7. OTROS DISPOSITIVOS			
Describe los otros dispositivos, estado de limpieza y características.			
Observaciones (en los casos que lo ameriten describa el estado de la piel o registre cambios sistemáticos que considere pertinente).			

MAPEO DE TRASLADO DE PACIENTE

FECHA DEL TRASLADO:	HORA DEL TRASLADO:
SERVICIO RECEPTOR:	CAMA ASIGNADA:

CONTROL DE SIGNOS VITALES	
CONSTANTE	VALOR
Frecuencia cardiaca	
Presión arterial	
Saturación de Oxígeno	
Temperatura	
Peso	
Talla	

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
RIESGO	SI	NO	JUSTIFICACIÓN
Alergia			
Caída			
Úlceras por Presión			Categoría de la UPP I II III IV
Fuga			

CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE			
ITEM	SI	NO	JUSTIFICACIÓN
1. Aislamiento.			
2. Necesidad de oxígeno suplementario.			
3. Vía oral			
4. La tarjeta de medicamentos se encuentra actualizada y correctamente identificada.			

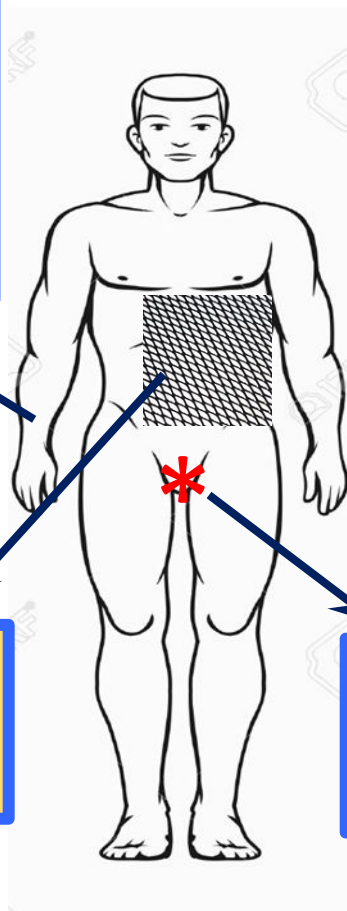
INFUSIONES CONTINUAS		
INFUSION	DOSIS	CC/H

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE HUMANIZACIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

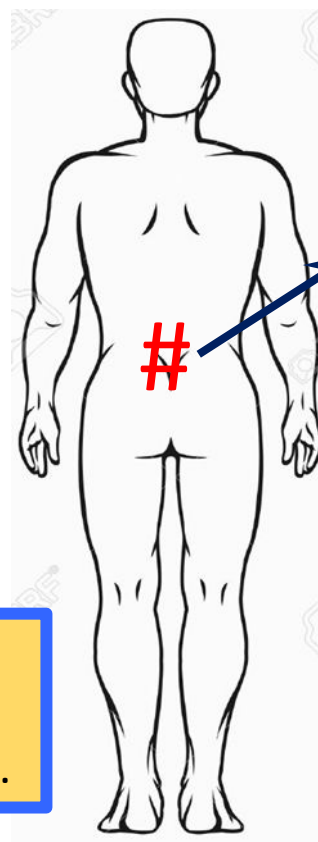
Nombre Auxiliar de Enfermería que realiza el traslado:	Nombre Auxiliar de Enfermería que recibe el paciente:
Nombre Profesional de Enfermería que verifica el traslado:	Nombre Profesional de Enfermería que recibe el paciente:

YELKO # 18
04/02/2021
HORA: 09+00
GINECO OBSTETRICIA
JOSEFA PÉREZ



QUEMADURA, GRADO
II , CUBIERTA CON
APOSITOS

SONDA
VESICAL
FOLEY N°...



ZONA DE PRESIÓN
GRADO II, SIN
SOBREINFECCIÓN

Producto de auditoria interna

- No se describe completa y detalladamente los riesgos del paciente, mencionando las escalas y su respectiva puntuación, dependiendo del estado de salud del usuario.
- Se utiliza de manera reiterativa siglas, abreviaturas y acrónimos, que hacen que las notas de Enfermería no sean comprensibles.
- En algunas notas de Enfermería no se registra la edad del usuario, tampoco el sexo, o hay error al describir el género.
- En el transcurso de la estancia hospitalaria del paciente, no se registra su evolución. Tampoco los cambios, reacciones, mejoría, o lo que manifiesta el paciente cada vez que es valorado por el personal de Enfermería.

¡Gracias!

