

Resumen

El registro de enfermería, además de toda la documentación de otros integrantes del equipo de salud, forma parte de la historia clínica de las personas que por diferentes motivos requieren en este caso de hospitalización.

Luego de realizar lectura de los registros de enfermería en el sector de internación del Hospital de área Andacollo sale la necesidad de investigar estos registros y demostrar qué información arroja dichas documentaciones

Para la realización del presente estudio se utilizó el diseño descriptivo, longitudinal-retrospectivo.

Para llevar a cabo la investigación se incluyeron los registros de enfermería de usuarios internados en los periodos de: abril 2015, junio 2015 y agosto 2015. Por día se tomaron 5 historias clínicas de diferentes usuarios con 3 registros cada uno (uno por cada turno, en este caso 3 turnos), con una continuidad de 4 días, tomando como punto de partida el primer día de cada mes, es decir un total de 60 registros en cada periodo de observación, lo que nos debería arrojar al momento de terminar con el tiempo establecido un total de 180 registros. Incluyó los registros confeccionados por enfermeros/as y licenciados/as.

El método que se utilizó para la selección de los registros fue el aleatorio simple.

Para la recolección de información se diseñó una planilla para la observación de los datos requeridos, que según bibliografía consultada, debe figurar en el registro enfermería.

Para el análisis e interpretación de los datos se empleó la estadística descriptiva presentando datos en tablas y gráficos.

180 fueron los registros observados, el 100% de los registros observados la letra no es legible y clara para cualquier persona., el 73% si deja constancia de día y hora de la intervención. La identificación del usuario con nombre y apellido se evidencio en 91,26% de los registros.

La redacción contemporánea de los hechos se da en el 80,15% de los registros observados. La presencia registros sin espacios en blanco, ni escritura entre líneas, el 68,66% no cumple con este requisito. Respecto a si los errores están salvados entre paréntesis ó simple línea por encima de la escritura, el 93,7% no lo hace.

En cuanto a la objetividad en la confección de los registros, el 65,47% no lleva a cabo la redacción de forma apropiada y el 100% de los registros observados no hace referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros, ni del servicio. Cada una de las intervenciones no son firmadas por el agente actuante en el 100% de lo observado.

Lo concerniente a que en cada informe aparezca al final de la redacción la identificación con firma, N° de matrícula y aclaración del agente actuante, tenemos que el 72,22% no lo hace.

La existencia en el registro de datos de aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturales del usuario, está presente en un 53,17% de los mismos.

En cuanto a si describe los problemas del usuario, del total de los registros observados el 57,14% no está presente en los mismos y el 42,85% aparece a veces.

La exposición de los cuidados del usuario, en el 70,22% de los registros no se encuentra presente este dato, aparece a veces un 26,76%.

Por último y referido a si enfermería deja manifestado en el registro el logro de resultados de sus intervenciones, se observó que esto no está expresado en un 82,53%.

PALABRAS CLAVES: REGISTROS-CUIDADOS

ABSTRACT

The registration of nursing, in addition to all the documentation of others members of the team of health, form part of the history clinical of them people that by different reasons require in this case of hospitalization.

After reading of nursing records in the sector of the area Hospital internment Andacollo comes the need to investigate these records and demonstrate what information sheds these documentations. For the realization of the present study were used the design descriptive, longitudinal-retrospectivo.

To carry out research included the nursing record of users in the periods: April 2015, June 2015 and August 2015. By day is took 5 stories clinical of different users with 3 records each one (one by each shift, in this case 3 turns), with a continuity of 4 days, taking as point of split the first day of each month, i.e. a total of 60 records in each period of observation, what us should throw to the moment of end with the time established a total of 180 records. Included the records made by nurses / ACE and licensed / as.

The method that was used for the selection of the records was simple random. For the collection of information is designed a form for the observation of them data required, that according to bibliography consulted, should appear in the registration nursing. Descriptive statistics was used for the analysis and interpretation of data presenting data in tables and graphs.

180 were them records observed, the 100% of them records observed the letter not is readable and clear to any person., the 73% if leaves record of day and time of the intervention. The identification of the user with name and surname is evidencio in 91,26% of the records.

The writing contemporary of them made was da in the 80,15% of them records observed. The presence records without spaces in white, or write between lines, the 66,66% not complies with this requirement. Respect to whether errors are saved between parentheses or simple line above the writing, 93.7% does not.

As regards the objectivity in the clothing of them records, the 65,47% not carries to out the drafting of form appropriate and. It 100% of them records observed not makes reference to the shortage of personal or to conflicts between partners, or of the service. Each an of the interventions not are signed by the agent acting on the 100% of it observed.

Regard to each report appears at the end of the language identification with signature, number of registration and clarification of the acting agent, we have which 72,22% does not.

The existence in the record of data of aspects physiological, psychological, socio-cultural of the user, is present in a 53,17% of them themselves.

As regards if describes the problems of the user, of the total of them records observed the 57.14% not is present in them themselves and the 42,85% appears sometimes.

The exhibition of the care of the user, in the 70.22% of them records not is present this data, appears sometimes a 26,76%.

Finally and referred to if nursing leaves manifested in the record the achievement of results of their interventions, be noted that this not is expressed in a 82,53%.

KEYWORDS:RECORDS-CARE