



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA**  
**DE MÉXICO**

CLAVE: 8723

**“CALIDAD DOCUMENTAL EN EL EXPEDIENTE  
CLÍNICO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL  
USUARIO EXTERNO DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA EN EL HGZ N.4”**

TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

<b>CAMPOS MANZO MAYRA</b>	<b>405529764</b>
<b>ESQUEDA SALOMON MARÍA GUADALUPE</b>	<b>404529015</b>
<b>HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ EDITH</b>	<b>405529915</b>

ASESOR DE TESIS:

**MED. E. P. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMÍREZ**

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN      SEPTIEMBRE 2009.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por el don de la vida, quien puso los medios para entrar a la Escuela de Enfermería y regalarnos el gusto a la profesión.

A nuestra familia, porque nos proporcionaron su apoyo total y su fe.

Al MED. E. P. Juan Manuel Aguiñiga Ramírez por habernos brindado su asesoría y apoyo para la elaboración y culminación de la presente tesis, que Dios lo bendiga.

A la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. Incorporada a la UNAM y a sus directivos por la formación académica que nos brindaron.

A TELMEX y otros bienhechores que hicieron posible el ingreso para cubrir algunos gastos de nuestra carrera.

## **DEDICATORIAS**

### **CAMPOS MANZO MAYRA**

A mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, apoyándome, quienes con gran sacrificio me ayudaron para que culminara Enfermería. Les agradezco de todo corazón, mil gracias por creer en mí. A mis hermanos quienes también estuvieron a mi lado y ven en mí un ejemplo a seguir.

### **ESQUEDA SALOMÓN MARIA GUADALUPE**

A mis padres por haberme brindado su ayuda desinteresadamente con sacrificios para así lograr la culminación de la profesión de enfermería a la cual anhelaba dedicarme. A mis hermanos; a quienes trato de ser un digno ejemplo tal como nuestros padres lo desean.

### **HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ EDITH**

A mis padres por el esfuerzo de cada uno de ellos para brindarme una educación llena de principios y valores, por su apoyo emocional, moral y económico, por su amor incondicional: los quiero mucho. A mi hija por el tiempo que le robe, mi amor eres el tesoro mas hermoso que Dios pudo regalarme te amo.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
MARCO TEÓRICO	
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	10
I. EXPEDIENTE CLÍNICO	11
ASPECTOS LEGALES DE ENFERMERÍA	13
I. PROCEDENCIA LEGAL.	14
II. NORMAS APLICADAS A ENFERMERÍA	14
CALIDAD	18
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	19
DOCUMENTOS Y REGISTROS EN ENFERMERÍA	21
I. FORMATOS PARA LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA	21
CALIDAD EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	25
I. LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	26
II. CARACTERÍSTICAS DE UN REGISTRO DE CALIDAD	30

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA	38
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	40
OBJETIVO GENERAL	44
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
HIPÓTESIS	45
JUSTIFICACIÓN	46
VARIABLES	48
OPERACIONALIZACIÓN	49
MUESTRA	
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO	51
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	51
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	52
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	52
TIPO DE TRABAJO	53

RECOLECCIÓN DE DATOS	
INSTRUMENTO Y CODIFICACIÓN	54
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIÓN	61
ANEXOS	62
BIBLIOGRAFÍA	72

## INTRODUCCIÓN

Enfermería es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual en todas las etapas del ciclo vital, estando capacitada y fundamentada en conocimientos, ya sea teórico o práctico para brindar atención de calidad y calidez.

Desempeñando actividades fundamentales en la atención de la salud, cuyas intervenciones permiten fortalecer la calidad en los servicios de salud, a través de acciones interdisciplinarias.

Es por ello que la siguiente investigación aborda la documentación en el expediente clínico y el grado de satisfacción del usuario externo respecto a enfermería.

Cuya finalidad sería darnos cuenta si el personal de enfermería reporta las acciones que realiza e informa al familiar de las acciones y si el usuario externo está satisfecho con los cuidados brindados, en el Hospital General de Zona N. 4.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una de las acciones fundamentales en toda actividad profesional, es la realización del registro documental de las acciones que se realizan en cada uno de los pacientes.

Lo anterior se refleja directamente en el campo de la salud, donde a nivel de la medicina institucional, el área médica y de enfermería deben cumplir cabalmente con este requisito; hecho que esta contemplado en la ley de sanidad, la norma oficial del expediente clínico y la ley General de Salud.

En donde se puntualizan que estos registros deben estar en relación a la fecha, hora, y responsable de quien los realiza, los cuales deben realizarse en forma clara, sin tachaduras, enmendaduras, abreviaturas en cada uno de los turno y en cada paciente, variando las condiciones de cada uno de ellos (turno, calidad, cantidad de cada paciente, cultura en el registro de las acciones del personal, etc.). Lo que conlleva a que no obstante cada institución de salud debe contar con los formatos suficientes para realizar las condiciones y las acciones realizadas en cada uno de los casos.

Lo que nos genera las siguientes preguntas: ¿Las acciones y cuidados por enfermería que se realizan en cada paciente son registradas?, ¿Existe información del por qué de estas acciones, hacia el familiar o paciente?, ¿La calidad de los registros de enfermería guarda relación con el nivel de satisfacción en el usuario externo? Las respuestas a estas interrogantes permitirán establecer la calidad de atención integral por parte de enfermería hacia el paciente.

## **MARCO TEÓRICO**

### **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.<sup>1</sup>

## I. EXPEDIENTE CLÍNICO.

Es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

En el expediente clínico se incluyen:

1. Hoja de enfermería: Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- 1.1. Hábitos exteriores.
- 1.2. Gráfica de signos vitales.

1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad  
y vía.

1.4. Procedimientos realizados,

1.5. Observaciones.<sup>2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

## **ASPECTOS LEGALES DE ENFERMERÍA**

En el expediente clínico; en relación a los reportes registrados en la hoja de enfermería es que ante problemas legales o demandas legales sirve como protección o defensa o en su defecto, como evidencia de la calidad de la atención.<sup>11</sup>

En la actualidad, los aspectos y las regulaciones legales desempeñan una función dominante en la práctica de la enfermería. La ley proporciona una base general para establecer las acciones de enfermería en la atención de los pacientes. Las leyes determinan y establecen límites, y mantienen un estándar de práctica de la enfermería.

La naturaleza de las leyes es tal que si se violan las reglas básicas de la conducta humana, existen elementos de responsabilidad legal. La responsabilidad legal en enfermería incluye cualquier violación, ya sea federal o estatal, y ocasiona un proceso civil (negligencia) o criminal (agresión, maltrato y homicidio).<sup>12</sup>

## I. PROCEDENCIA LEGAL.

Las tres fuentes legales principales son:

- a) Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.
- b) Legislación (estatus) son todas las leyes promulgadas por cualquier organismo legislativo. Ejemplo: el reglamento de enfermería.
- c) Derecho constitudinario: Es el conjunto de principios que surgen de las decisiones judiciales.<sup>13</sup>

## II. NORMAS APLICADAS A ENFERMERÍA.

La complejidad de los cuidados de enfermería, las necesidades de salud y los cambios en el sistema de atención, son elementos que influyen en la profesión y que exigen una normalización imprescindible para el desarrollo personal y profesional.

En la formación de profesionales de enfermería se adquieren conocimientos científicos de ciencias filosóficas, naturales y sociales que le permiten comprender el porque realiza diferentes actividades durante en ejercicio profesional, dándole la oportunidad de llevar a la práctica

la elaboración de documentos que determinan una serie de normas que se fundamentan científicamente, lo cual repercute en la valoración, planificación, realización y evaluación de la calidad de los cuidados o servicios ofrecidos al individuo en sus etapas de crecimiento y desarrollo.<sup>14</sup>

Las normas:

- a) Reflejan los valores y prioridades de la profesión de enfermería.
- b) Proporcionan orientaciones para la práctica de la enfermería profesional.
- c) Aportan un marco para evaluar el ejercicio de la enfermería.
- d) Determinan las responsabilidades de la profesión hacia el ciudadano y los resultados que obtiene el paciente y de los que las enfermeras deben responder.<sup>15</sup>

Las normas en enfermería son:

- De estructura: Aplicables a recursos físicos, humanos, ambientales y organizativos.
- De procedimiento o proceso: Referente a actividades o intervenciones en forma secuencial.



- De resultado o actividades: Que facilitan la evaluación de los cuidados realizados.

La aplicación de las normas tiene como objetivos:

- ❖ Mejorar la calidad y eficiencia profesional en las áreas asistencial, docente, de investigación y de gestión.
- ❖ Garantizar y asegurar los cuidados ofrecidos al individuo, familia y comunidad.
- ❖ Normalizar los conocimientos teóricos y las capacidades técnicas necesarias para el desarrollo profesional.<sup>16</sup>

En enfermería se consideran principalmente tres normas fundamentadas en los principios de enfermería, que determina la conducta a seguir:

1. Mantener la individualidad del hombre: Todo paciente es un miembro individual de la sociedad que tiene derechos, privilegios y libertades que deben respetarse sin distinción de raza, credo, o situaciones sociales; así mismo tienen temores y necesidades personales que común mente se exacerban con la enfermedad.

2. Mantener las funciones fisiológicas en el hombre:  
El cuerpo humano requiere que se mantengan ciertas actividades fisiológicas que el organismo mantenía normalmente.
  
3. Proteger al hombre contra los agentes exteriores de enfermedad: Existen medidas apropiadas de precaución que ayudan a reducir o eliminar ciertos factores físicos, químicos o biológicos que hay en el ambiente y que son causas de enfermedades en el hombre.<sup>17</sup>

## **CALIDAD**

Es la totalidad de características y aspectos de un servicio que permite satisfacer las necesidades implícitas y explícitas (seguridad, disponibilidad, confiabilidad, ambiente, mantenibilidad, economía).

Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, es una fijación mental del usuario que asume conformidad con dicho servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

## **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y la del prestador de servicios.<sup>18</sup>

Es tratar a los pacientes como ellos necesitan; esforzándose en complacerlos; intentar conocer lo que ellos desean y anticiparse a ello; poner todos los conocimientos, experiencia y técnica que se tenga en el servicio, a si mismo significa aplicar a todo el equipo de salud en este proceso, haciendo las cosas de la mejor manera posible.

En enfermería la calidad es una necesidad que aumenta y cada vez es más importante, quienes laboran en los campos hospitalarios o sanitarios habrán sido testigos de lo que produce un servicio médico o de enfermería de calidad y habrán visto infinidad de errores en la prestación del servicio debido a descuido, negligencia o cansancio.<sup>19</sup>

Considerándose en dos dimensiones:

1. Calidad Técnica: Requiere de la competencia y responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga.
2. Calidad Interpersonal: Es entendida como el trato digno que distingue la atención de enfermería y sus rasgos característicos son: comunicación, confianza y respeto.<sup>20</sup>

## **DOCUMENTOS Y REGISTROS EN ENFERMERÍA**

Registro: Documento formal y legal sobre la evolución de un paciente, sirve de vehículo a través del cual los distintos profesionales sanitarios que intervienen en la atención de un paciente se comunican entre sí. Esto impide la fragmentación, repetición y las demoras en la atención al paciente.

La historia del paciente se emplea para vigilar los cuidados que recibe y la competencia del personal que administra esos cuidados. En el control de la calidad de enfermería se comprueban y cuantifican las intervenciones de enfermería en relación con las normas establecidas.<sup>21</sup>

### **I. FORMATOS PARA LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA.**

Planes de atención de enfermería; Existen dos tipos de planes:

- a) Plan de cuidados tradicional: Se escribe para cada paciente. Su forma varía de una institución a otra, según las necesidades del paciente. En su mayoría tiene tres columnas, una para diagnósticos enfermeros, la

segunda para resultados esperados y la tercera para las intervenciones.

b) Plan de cuidados estandarizado: Describe los cuidados de enfermería para grupos de pacientes, no para individuos. Define las intervenciones que son responsabilidad de enfermería y no contiene prescripciones médicas. Estos planes pueden basarse en protocolos de la institución.

1. Protocolo: Comprende intervenciones sobre el paciente con un determinado diagnóstico, lo emplean todos los profesionales como forma de monitorización y documentación.

2. Kardex: Es un método conciso de organización y registro de los datos de un paciente que permite a todos los profesionales sanitarios el acceso rápido a la información, esta se anota con lápiz de modo que puede cambiarse y actualizarse. La información que contiene es: nombre del paciente, edad, fecha de ingreso, diagnóstico médico, medicamentos con hora y dosis de administración, líquidos intravenosos, procedimientos diarios (signos vitales, cambio de ropa de cama etc.)

procedimientos diagnósticos (laboratorio, Rx. etc.),  
alergias a algún medicamento y dieta.

3. Notas de evolución: Para registrar la evolución de los pacientes se utilizan seis métodos:

- a) Notas narrativas: Son una descripción de la información y su anotación cronológica registra los datos secuencialmente, a medida que avanza el tiempo. Son las hojas de enfermería.
- b) Formato de PIE: Se originó a partir del proceso enfermero en el cual se incluyen problemas, intervenciones y evolución de la atención de enfermería durante las veinticuatro horas.
- c) Formato SOVPEE:
  - Datos Subjetivos: Recoge lo que el paciente percibe y el modo en que lo expresa.
  - Datos Objetivos: Incluye mediciones como las constantes vitales, observaciones realizadas por los miembros del equipo sanitario valiéndose del laboratorio, Rx., US, etc.
  - Valoración: Se basa en los conocimientos que poseen los profesionales observando, interpretando y



extrayendo conclusiones de los datos objetivos y subjetivos. Enfermería anota sus diagnósticos y elabora un plan de cuidados.

- Ejecución: Conocida también como intervenciones, consiste en documentar las actuaciones del plan que efectivamente se haya llevado a cabo en el paciente.
- Evaluación: Es la documentación de la respuesta del paciente al plan establecido.

- d) Hojas de curso: Aquí entra la hoja de signos vitales, hoja de glicemia, hoja de tensión arterial horaria, hoja de control de líquidos y de oxígeno.
- e) Hoja de valoración focalizada: No se basa sólo en los problemas clínicos del paciente, lo valora en todos sus aspectos. Ejemplo: un cambio significativo en el estado o la actitud del paciente, acontecimiento importante en el tratamiento, etc.
- f) Notas de Excepción: Es un sistema de documentación en el que sólo se anotan hallazgos significativos o excepciones a las normas. Aquí entran las notas de ante del paciente y registro de enseñanza al paciente.<sup>22</sup>

## **CALIDAD EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Los registros de enfermería, son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera, referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.

Su principal finalidad sería la asistencial, enfocada a prestar unos cuidados de la máxima calidad, además de la finalidad docente-investigadora y de gestión, permitiendo el análisis estadístico que contribuya al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados.

No podemos olvidar que otra de sus finalidades es la que podría denominarse jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales.<sup>23</sup>

Desde el punto de vista legal se estableció la Ley General de Sanidad desde 1986, en donde se establecen los derechos del paciente y de acuerdo a esta misma ley, paciente es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales, para el mantenimiento o recuperación de su salud.<sup>24</sup>

## I. LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Puede afirmarse que hasta hace pocos años, las enfermeras no han dado la suficiente importancia a los registros de enfermería.

Es un hecho en nuestra profesión relativamente actual y en fase de cambio, existe hoy todavía un amplio colectivo de enfermeras, que no dan la suficiente importancia a los registros de su actividad, consideran al papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial.

Este sector de enfermería que indudablemente ha cumplido y cumple a la perfección su trabajo a "pie de cama", ha sabido "inventar" documentos al margen de la historia del paciente, que les han servido para comunicarse con el resto de enfermeras cuando han considerado necesaria la transmisión de alguna información (libros de incidencias, libros de registro exploraciones, notas en tablón de anuncios), a lo que se ha añadido la información verbal transmitida en los cambios de turno.

Diversas razones se esgrimen para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial,

falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, e incluso admiten algunos las dificultades de plasmar por escrito nuestro trabajo, por la falta de costumbre o por el desconocimiento del lenguaje adecuado.

A éstas enfermeras, es a las que tenemos que convencer de la importancia de los registros, de su finalidad asistencial, investigadora y docente e incluso a nivel estadístico, haciéndoles interiorizar que los registros suponen el reconocimiento de nuestro trabajo, recordándoles además que por imperativo legal del reconocimiento de los derechos del paciente tenemos la obligación legal de registrar; y que además ya en la actualidad debemos adaptarnos al paso del soporte en papel al soporte informático.

Sin duda el avance en este camino, se produjo en los años 80 con la creación del título de Diplomados en enfermería; el reconocimiento universitario de los estudios de enfermería, produjo un avance importantísimo en la concepción del profesional de enfermería, con anterioridad subordinado a la profesión médica y cumpliendo tareas delegadas; se convierte pues, desde su acceso universitario, en un profesional con un ámbito de actuación propio y en

relación con los registros de enfermería, surge la necesidad de reflejar sus actividades en registros propios, y de un modo autodidacta empieza a registrarse la actividad enfermera, más allá del simple registro de temperatura y tensión . Se empieza a perder la timidez por la escritura, se va comprendiendo que no crear un propio campo de conocimiento sino registramos nuestro trabajo, que podemos reivindicar nuestras cargas de trabajo y cuidados si éstas no constan por escrito, se va entendiendo que la mejor y más segura forma de transmitir la información de los cuidados es la escritura tradicional o informática, comprendiendo que no puede evolucionar una profesión, sino se investiga, sino avanzamos en la docencia y que todo ello es imposible sino existimos en los papeles, en los libros, en las estadísticas.

Ésta evolución y las resistencias al cambio, se ve favorecida por el desarrollo legislativo, se empieza a interiorizar que los registros son además de un medio para avanzar en la calidad de los cuidados, son un derecho del paciente a que quede constancia escrita de su proceso.

Otro factor a destacar que ha influido negativamente en la evolución de enfermería es la división y los caminos no

siempre convergentes entre la enfermería asistencial y la teórica de las Escuelas de enfermería; a pesar del esfuerzo teórico de las escuelas por implantar sistemas de registros de enfermería para normalizar las intervenciones y procedimientos, disminuir la variabilidad en la práctica clínica basado en la evidencia científica, mejorar la calidad científico técnica, la calidad de los cuidados y calidad percibida de la población, ha fallado la conexión o el nexo que facilitará que los avances teóricos influyan en la práctica asistencial que en muchas ocasiones ha seguido basando su trabajo en la experiencia acumulada. Esta división nos debe llevar a reflexionar y a explorar los mecanismos que consigan que los avances teóricos, tanto en investigación como en docencia influyan y tengan su aplicación en la práctica asistencial. Me atrevería a indicar uno de estos mecanismos, que consiste en que las enfermeras asistenciales con el apoyo de las teóricas fueran las que diseñarán y plasmarán unos sistemas de registros sencillos, útiles y metodológicamente correctos, consensuando los cambios en su trabajo, las adaptaciones y las innovaciones.

## II. CARACTERÍSTICAS DE UN REGISTRO DE CALIDAD.

Condiciones que debe cumplir un registro para ser considerado un registro de calidad:

- Registro de la atención y actividad de la planificación, así como la prestación de cuidados a pacientes.
- Los sistemas de registro de enfermería deben de ser eficaces, efectivos y eficientes.
- Los criterios de calidad de un registro enfermero, deben evaluar como se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción de los pacientes internos y externos, que permita el avance del conocimiento enfermero y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Para ser CONSIDERADO de CALIDAD, deben de responder a: ¿Por qué?, ¿Para qué?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Cuánto?, ¿Qué? y ¿Quién?

"Un buen registro de enfermería, debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que

otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente".

## 1. Por qué Registrar:

1.1.1. Responsabilidad jurídica: Es decir por imperativo legal, debemos registrar al menos: la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes.

1.1.2. Responsabilidad moral: Por respeto a los derechos de los pacientes y a la contribución del desarrollo de la enfermería y su responsabilidad profesional.

1.1.3. Es imprescindible el registro para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados.

1.1.4. Investigación: Toda la información que proporciona la historia pueden ser la base para la investigación de los trabajos de enfermería, proporcionar datos para el análisis estadístico, que permita conocer la mejor evidencia científica que nos permita la mejora continua de los cuidados, por tanto, nuestros cuidados deben estar recogidos en la historia clínica, y servir de base para la mejora de su calidad a través de su análisis y valoración.



1.1.5. Gestión: El desarrollo de los registros permitirá a los gestores determinar las cargas de trabajo, las necesidades derivadas de estas y la adecuación de los recursos asistenciales.

1.1.6. Formación y docencia: Los registros en la historia van a ser una fuente de información para los alumnos de enfermería y para nuestra propia formación.

1.2. Para qué Registrar:

La razón fundamental es cumplir el imperativo legal. Además de:

1.2.1. Mejorar la calidad científico-técnica, el intercambio de la información que suministran unos buenos registros, mejorar la calidad en la atención prestada.

1.2.2. Lenguaje común (metodología); un lenguaje común entre los profesionales, favorece la evolución y la mejora de la calidad asistencial, el desarrollo del conocimiento enfermero y facilitar la inclusión en los registros informáticos.

1.2.3. Disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad.

1.2.4. Permitir la investigación y docencia.

1.3. Cuándo hay que registrar:

1.3.1. En todo el conjunto de actos relativos, a los procesos asistenciales de cada paciente, y en todos los espacios de atención (urgencias, programada, espontánea,).

1.3.2. Si nos referimos al tiempo en el que deben iniciarse los registros, afirmamos que la valoración inicial debe realizarse lo antes posible, su demora puede tener como consecuencia la omisión u olvido de alguna anotación; tenemos que tener en cuenta que lo que no se registra no existe.

1.4. Cómo hay que registrar:

1.4.1. En el soporte papel y/ o informatizado: Se debe escribir de forma legible y ordenada, evitando abreviaturas que no sean de uso generalizado, tachaduras...etc., podemos afirmar que unos buenos registros denotan unos buenos cuidados, y viceversa unos registros defectuosos pueden ser interpretados como una mala ejecución de los cuidados, sobre todo con el paso del tiempo. Los registros informatizados nos ayudan a salvar estas dificultades.

1.4.2. Utilizando metodología común, normalizando el trabajo enfermero. La instalación de la metodología y el esfuerzo por la utilización de un sistema de lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informatizados.

1.5. Cuánto registrar:

1.5.1. Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.

1.5.2. Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

1.5.3. Facilitar la continuidad de los cuidados, garantizando la atención compartida (informe ingreso/alta enfermería).

1.5.4. Evitar la repetición de los datos.

1.5.5. Facilitar datos a la investigación.

1.5.6. Adecuar el registro a los tiempos asistenciales y cargas de trabajo.

Una regla tradicionalmente repetida, nos dice que debemos registrar todo lo que precisemos comunicar, para que ésta comunicación permita la continuidad de los cuidados, además su perduración en el tiempo; documentando con precisión, sin prejuicios ni divagaciones, identificando a las personas que intervienen en cada acto, etc. Las características fundamentales de un registro, es que aportan los datos que contribuyen a la continuidad de los cuidados, aumentando así la calidad asistencial percibida, tanto por el paciente interno como la calidad percibida por el paciente externo, perdurando en el tiempo como herramienta de formación e investigación y como documentación ético-legal de la atención prestada.

#### 1.6. Quién debe registrar:

1.6.1. "Los profesionales sanitarios tienen el DEBER de cumplimentar los protocolos, registro, informes estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos."

### 1.7. Qué se debe registrar:

La ley nos ofrece una orientación de lo que debe contener cada registro o documento al referirse a los "datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente.

Cuando la documentación se pretende de calidad debe incorporar y estar de acuerdo con principios éticos por lo que su contenido "revelará las esperanzas de los pacientes y reflejará como desean ser cuidadas, y como desean aparecer en la documentación".

En este sentido, si el registro no refleja de forma aproximada los cuidados prestados, el derecho del paciente no se cumple, por la insuficiencia de información. No basta por tanto, con reflejar datos. Deben incluirse las valoraciones del propio personal, pero también aquellas informaciones aportadas por los pacientes. Las informaciones se refieren a ideas, sentimientos, emociones y percepciones que se obtienen de las propias declaraciones del paciente.<sup>25 26 27 28</sup>

Independientemente si se cumplen o no los registros de enfermería en el expediente clínico, debe realizarse una información al familiar o paciente, el porqué de cada una de las acciones que se están realizando, ya que ello disminuirá la angustia, el estrés del paciente y de sus allegados. Es importante que si existen estos registros, y ellos evidencien calidad, éstas acciones se complementen con la información al paciente, es decir cumplir con el ser, saber ser, y ya que si solamente se cumple con el primero de los objetivos existe, una disociación en la calidad profesional integral que se está otorgando y por ende repercute en la evaluación de la calidad de los cuidados y la atención de enfermería en usuarios externos.

## **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Durante los últimos treinta años, la calidad del cuidado de enfermería a sido sometida a una evaluación considerable, para determinar lo que es un buen cuidado, si el cuidado que proporciona enfermería es apropiado, eficaz y si la calidad del cuidado proporcionado es bueno, por ello que la evaluación del cuidado es una parte esencial de la responsabilidad profesional.

En 1972 el gobierno E.U. promulgó una legislación para controlar los costos de atención sanitaria, y la calidad de los servicios recibidos por los pacientes. A partir de entonces se desarrolló un sistema nacional y estatal de revisión de la organización profesional, basándose en la documentación, en los registros de un paciente.

La calidad de la atención se puede evaluar en tres partes:

- A) Estructura en la que tiene lugar el cuidado del paciente: Se centra en los cuidados del paciente incluyéndose el personal y recursos físicos.

- B) El proceso de los cuidados: Se centra en las actividades de enfermería, es decir, el rendimiento de la persona que presta la atención en relación a las necesidades del paciente.
- C) Resultados de los cuidados: Es el estado de salud, el bienestar y la satisfacción del paciente o los resultados de los cuidados brindados.<sup>29</sup>



## **SATISFACCIÓN DEL USUARIO.**

Los principales factores que producen satisfacción al usuario son:

- Equidad, en la atención igualitaria y con las mismas oportunidades de recibir asistencia.
- Fiabilidad, en nuestra actuación y que garantice que no estamos cometiendo errores, demoras u omisiones.
- Efectividad, en la resolución de los problemas de salud de las personas.
- Buen trato, en la atención que implica el reconocimiento de la pluralidad de los usuarios.
- Respeto, hacia sus características personales, creencias y valores.
- Información, ofrecida por el personal de enfermería que le permita al usuario el conocimiento del entorno, de sus derechos y deberes.
- Continuidad, que implica el seguimiento de las acciones de cuidado en forma ininterrumpida y con el mismo nivel de calidad.
- Confortabilidad, el grado de confort y seguridad del entorno ofrecido a lo largo de su estancia en el hospital.<sup>30</sup>

Es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa.

La satisfacción del usuario puede influir en:

- El hecho de que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario

son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios, de hecho reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente que constituyen buena calidad. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada son aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios. No obstante, resulta difícil evaluar la satisfacción del usuario. Los métodos y las medidas para la recolección de datos pueden influir en las respuestas del usuario. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención.

A fin de medir y analizar la satisfacción del usuario, se deben realizar entrevistas de salida, solicitando a los usuarios que relaten lo que sucedió durante la consulta, en vez de evaluarlo. En las entrevistas a fondo y en las discusiones de grupo focal, se puede indagar para obtener información detallada, en lugar de hacer preguntas generales sobre la satisfacción. Un usuario simulado o usuario anónimo (es decir, un miembro de la comunidad capacitado que simule procurar servicios) puede evaluar la satisfacción del usuario.<sup>31</sup>

## **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la calidad documental de enfermería en el expediente clínico.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar si los registros de enfermería en el expediente clínico, guardan relación con la información de dichas acciones al paciente o sus familiares.
- Determinar si existe relación entre calidad documental en el expediente clínico, información de las acciones por parte del personal y la calidad de satisfacción del usuario externo.

## **HIPÓTESIS**

- HO: La calidad de satisfacción del usuario externo, está en relación con la calidad documental en el expediente clínico.
  
- HA: La calidad del usuario externo, es independiente a la calidad documental en el expediente clínico.

## **JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad, la sociedad es cada vez más crítica y exigente, en cuanto a la calidad de atención en los servicios de salud, es por ello que mediante la siguiente investigación, evaluaremos la calidad documental en el expediente clínico y el grado de satisfacción del usuario externo.

Existiendo trabajos realizados en la institución en diversos servicios, como es urgencias, pediatría, alojamiento conjunto. Identificando una satisfacción igual o mayor al 95%.

Sin embargo, hasta el momento no existen estudios en la unidad y en nuestra región sobre la calidad de la documentación expresada en el expediente clínico, por lo que queremos hacer una evaluación y determinar si existe relación entre la calidad documental en el expediente clínico y la satisfacción del usuario.

Considerando que el presente estudio no requiere de gastos especiales y esta acorde a las normas y políticas de la institución, es factible dicha investigación la cual podrá ayudar a que la profesión de enfermería sea reconocida y aceptada como tal, siempre y cuando documente sus actividades realizadas.



## **VARIABLES**

a) Variable Independiente:

✓ Registros Clínicos.

b) Variable Dependiente:

✓ Calidad de Satisfacción.

## OPERAZIONALIZACIÓN

VARIABLE	OPERAZIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Registros Clínicos	El registro en el expediente clínico esta integrado por las diversas acciones que realiza enfermería, como son: toma de signos vitales, administración de medicamentos, curaciones, etc., mismas que se evaluarán, si están o no registradas en el expediente clínico a través de una encuesta.	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No

<p>Calidad de Satisfacción</p>	<p>La satisfacción del usuario externo es secundaria a la calidad de los cuidados brindados por el personal de enfermería y la percepción del paciente, misma que se evaluará a través de una encuesta en la cual se incluye: amabilidad, atención, confianza, trato, tiempo, orientación, presentación, todo ello del personal de enfermería.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>a) Siempre b) Frecuente c) Ocasional</p>
--------------------------------	--	--------------------	----------------	---

## MUESTRA

### TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO.

- Es una muestra de tipo probabilística con 164 Enfermeras para alcanzar un 95% de confiabilidad, con una prevalencia del problema del 50% y un 3% de error.
- Aleatoria.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal de Enfermería que este en contacto directo con usuario externo, donde se incluye los servicios de Toco cirugía, Ginecología, Cirugía, Medicina interna, Pediatría y Urgencias.
- Pacientes o familiares que no tengan afectadas sus facultades mentales.
- Pacientes o familiares que deseen participar en el estudio.

- Pacientes o familiares que no se encuentran en estado de inconformidad médica.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluirá al personal de Enfermería que no tenga relación con los servicios anteriormente mencionados.
- Pacientes o familiares que no se encuentren en área intrahospitalaria.
- Pacientes o familiares que hayan sufrido un altercado con algún otro tipo de personal.

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes o familiares que habiendo aceptado participar no contesten todos los cuestionarios o que dejen preguntas sin contestar.

## **TIPO DE TRABAJO**

- Observacional.
- Descriptivo.
- Transversal.
- Retrospectivo.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **INSTRUMENTO Y CODIFICACIÓN.**

Se elaboró un instrumento, para evaluar las acciones de enfermería en relación a la documentación de dichas acciones en el expediente clínico, mismo que es sometido a una validez de contenido por 5 expertos quedando integrado por 16 reactivos con una confiabilidad de alfa de Crombach de 0.85, dicho instrumento está integrado por preguntas de tipo dicotómico y se aplica en forma individual.

Se elaboró igualmente otro instrumento para evaluar la percepción del usuario externo en relación a las acciones realizadas por el personal de enfermería, dicho instrumento igualmente queda constituido por 16 reactivos posterior a la validez por 5 expertos y un alfa de Crombach de 0.88 este instrumento esta constituido por preguntas cerradas de respuesta dicotómica y se aplica mediante la técnica de entrevista.

Se utilizó un tercer instrumento para evaluar la calidad de la satisfacción del usuario externo en relación a la actitud

del personal, dicho instrumento consta de 20 reactivos y está validado por la secretaria de salud, las preguntas están conformadas en escala de tipo liker con diferentes alternativas de respuesta.

Se elaboró una hoja de recolección de datos, cuya matriz contiene para el primero y segundo instrumento: iniciales de la enfermera, servicio, turno y puntaje obtenido, codificando uno si la respuesta era si y cero si la respuesta era no.

La codificación del tercer instrumento, contenía los siguientes criterios: siempre=.5, frecuente= .3 y ocasional=.2.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizan pruebas de estadística descriptiva, estableciendo tablas de porcentajes de la calidad documental en el expediente clínico, así como la percepción del usuario y la obtención de la calidad de atención del usuario externo, y se aplica una prueba para dos muestras independientes tipo  $X^2$  entre la calidad documental y la satisfacción del usuario externo.



## RESULTADOS

TABLA 1. Calificación ponderal del expediente clínico, perspectiva y satisfacción del usuario en los diferentes servicios y turnos.

SER- VICIO	TURNO MATUTINO			TURNO VESPERTINO			TURNO NOCTURNO		
	E.E	E.U	C.S U.E	E.E	E.U	C.S U.E	E.E	E.U	C.S U.E
M.I	7	7.3	74.2	6	5.5	77.3	6.1	6.1	65.2
CX.	6.6	7.3	82.3	4.7	5.5	62.6	7.4	7.7	83.2
G.O	4.6	5.7	70.1	5.7	7.4	75.4	3.8	3.1	68.2
PED.	5.7	5.9	73.3	6	5.3	66.8	6	5.9	73.8
URG.	5.6	5.6	65.2	5	4.9	65.3	5.6	5.3	63.4
TOCO	6.3	5.5	78	6.9	6.6	72.5	5.8	4.7	71.7

M.I. → MEDICINA INTERNA

CX. → CIRUGÍA

G.O. → GINECOLOGÍA Y OBSTRETRICIA

PED. → PEDIATRÍA

URG. → URGENCIAS

TOCO. → TOCOCIRUGÍA

E.E. → EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE

E.U. → EVALUACIÓN DEL USUARIO

C.S.U.E. → CALIDAD DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

TABLA 2.- Relación de calificación ponderal entre calidad documental y satisfacción del usuario externo.

SERVICIO	C.D.E.C.	S.U.E.	TOTALES
MEDICINA INTERNA	6.2	7.2	13.4
CIRUGÍA	6.2	7.6	13.8
GINECOLOGÍA	4.7	7.1	11.8
PEDIATRÍA	5.9	7.1	13
URGENCIAS	5.4	6.4	11.8
TOCOCIRUGÍA	6.3	7.4	13.7
TOTALES	34.7=5.7	42.8= 7.1	77.5

$$X^2 = 0.30$$

$$X^2 \text{ con } 5 \text{ él} = 11.7$$

Para una probabilidad de 0.05 corresponde la cifra de 11.7; el estadístico  $\chi^2$  de 0.30 tiene una probabilidad  $>$  que 0.05 por lo que la evaluación documental en los diferentes servicios tienen la misma satisfacción del usuario externo, por lo que no obstante que el hecho observado y teórico tengan un puntaje mayor, se puede considerar este por efecto del azar.

C.D.E.C. → CALIDAD DOCUMENTAL EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

S.U.E. → SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

TABLA 3.- Calidad Documental y Percepción del usuario externo.

SERVICIO	C.D.E.C.	P.U.E.C.B.	TOTALES
MEDICINA INTERNA	6.2	6.3	12.5
CIRUGÍA	6.2	6.8	13
GINECOLOGÍA	4.7	5.4	10.1
PEDIATRÍA	5.9	5.7	11.6
URGENCIAS	5.4	5.3	10.7
TOCOCIRUGÍA	6.3	5.6	11.9
TOTALES	34.7=5.78	35.1= 5.85	69.8

$$X^2 = 0.13$$

$$X^2 \text{ con } 5 \text{ gl} = 11.07$$

El valor de  $X^2$  (0.13) y que para una probabilidad de 0.05 el valor correspondiente es de 11.07, por lo tanto el estadístico de  $\chi^2$  de 0.13 tiene una probabilidad mayor que 0.05, por lo que de acuerdo a este valor se encuentra dentro de la región de rechazo por lo que se acepta la hipótesis nula de no diferencia en base a la anterior las variaciones que vemos entre los servicios de medicina interna y ginecobstetricia pueden ser secundarias al azar.

C.D.E.C. → CALIDAD DOCUMENTAL EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

P.U.E.C.B. → PERCEPCIÓN DEL USUARIO EXTERNO A LOS CUIDADOS BRINDADOS

## DISCUSIÓN

Tradicionalmente de acuerdo al estudio de Moody et al en 1988, la salud del adulto constituye el foco principal de investigación en enfermería, seguido de la atención materno infantil, cuidados críticos e intensivos y gerontología. Otros autores como Lorentzon en 1993 encontraron en el análisis de la literatura, un predominio de la investigación clínica y en general orientada a la práctica. No obstante que una particularidad propia y específica de enfermería son los cuidados otorgados al paciente, en la literatura nacional no encontramos reportes al respecto y en especial si estos son registrados en forma adecuada en el expediente clínico, detectándose en el presente trabajo que el nivel de registro de las acciones realizadas por el personal de enfermería es muy deficiente y que estas se realizan en una forma mecánica con poca información hacia el paciente, lo que repercute en una percepción de satisfacción de calidad de atención deficiente.

Sabemos que la cultura de falta de registros adecuados en el expediente clínico no es propio del personal evaluado, que este es un mal generalizado que se extiende a diferentes categorías y ámbitos profesionales, por lo que ante la evidencia de los hechos obtenidos se genera una oportunidad de retroalimentación al personal y permita mejorar estas acciones como lo establece la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico.

## CONCLUSIÓN

La investigación en enfermería, presenta enfoques diversos y tradicionalmente sobre hechos o patologías propias del paciente, evaluación de satisfacción del usuario, nivel de conocimientos del personal sobre entidades nosológicas específicas, pero existen pocos trabajos que evalúan el desempeño o calidad de sus procesos, siendo uno de ellos muy específico los cuidados que ofrecen al paciente hospitalizado y registro de las acciones en el expediente clínico, en buena parte por falta de instrumentos ex profeso, y que el presente trabajo aporta; considerando que ello debe de ser una de las prioridades ya que es una de las áreas propias y específicas de enfermería que puede permitir una identificación e independización profesional con otras ramas derivadas de la medicina.

**ANEXOS**  
**CRONOGRAMA**

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Agosto 2007	Elección del tema a investigar.
Septiembre - Noviembre 2007	Elaboración de protocolo.
Noviembre 2007	Elaboración de instrumento de medición.
Diciembre 2007 – Marzo 2008	Validación de instrumento por expertos.
Abril - Mayo 2008	Elaboración de marco teórico.
Junio 2008	Presentación preliminar de protocolo.
Julio - Noviembre 2008	Aplicación de encuestas.
Diciembre 2008	Recolección de datos.
Enero 2009	Análisis estadístico de los resultados.
Febrero y Marzo 2009	Terminación y presentación de protocolo.

## EVALUACIÓN PARA EL USUARIO

	SI	NO
1. La enfermera le tomo la tensión arterial, pulso, respiración y temperatura.		
2. La enfermera le proporcionó baño.		
3. La enfermera le cambió la cama.		
4. La enfermera le informó y aplicó sus medicamentos.		
5. La enfermera lo cambió de posición.		
6. La enfermera le revisó el suero.		
7. La enfermera le proporcionó su dieta.		
8. La enfermera le aplicó medios físicos.		
9. La enfermera le contó la orina al final del turno.		
10. La enfermera le curó la herida.		
11. La enfermera le realizó vendaje de su herida.		
12. La enfermera le puso oxígeno.		
13. La enfermera le tomó la tensión arterial cada 2 horas.		
14. La enfermera le proporcionó palmadas en la espalda y pecho.		
15. La enfermera le aspiró secreciones.		
16. La enfermera le informó sobre el estudio a realizar.		



**EVALUACIÓN PARA ENFERME-  
RÍA TOMADA DEL EXPEDIEN-  
TE CLÍNICO**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1.</b> La enfermera documentó la toma de signos vitales en el expediente clínico.		
<b>2.</b> La enfermera registró el tipo de baño que le realizó al usuario en el expediente clínico.		
<b>3.</b> La enfermera documentó el tendido de cama en el expediente clínico.		
<b>4.</b> La enfermera documentó la administración de medicamentos incluyendo dosis y vía en el expediente clínico.		
<b>5.</b> La enfermera realiza y registra cambios de posición en el expediente clínico.		
<b>6.</b> La enfermera revisa y reporta la venoclisis en el expediente clínico.		
<b>7.</b> La enfermera solicita y reporta el tipo de dieta del usuario en el expediente clínico.		
<b>8.</b> En caso de ser necesario la enfermera lleva un control y registro de la temperatura en el expediente clínico.		

<b>9.</b> La enfermera lleva y registra un control estricto de líquidos en el expediente clínico.		
<b>10.</b> La enfermera realiza y registra en el expediente clínico la curación de la herida.		
<b>11.</b> La enfermera registra la aplicación de vendajes de cualquier tipo en el expediente clínico.		
<b>12.</b> La enfermera registra y aplica oxígeno a usuarios con dificultad respiratoria.		
<b>13.</b> La enfermera de ser necesario realiza un control estricto de la toma de T. A., así como su registro en el expediente clínico.		
<b>14.</b> La enfermera registra en el expediente clínico la fisioterapia brindada al usuario, así como su aplicación.		
<b>15</b> La enfermera reporta en el expediente clínico la aspiración de secreciones si el usuario lo requiere.		
<b>16.</b> La enfermera prepara e informa al usuario sobre los estudios a realizar, así como su registro en el expediente clínico.		

**CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA.**

Servicio en que fue atendido \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El presente cuestionario pretende conocer su opinión respecto a la atención que recibe por el personal de la unidad, agradecemos que tenga en consideración los siguientes parámetros de calificación.

Siempre de 95-100% de las veces.

Frecuente de 75-94% de las veces.

Ocasional de 50-74% de las veces.

	<b>Siem- pre 0.5</b>	<b>Frecu- ente 0.3</b>	<b>Ocasio- nal 0.2</b>
1.- Se dirige a usted en forma amable.			
2.- Le saluda cuando ingresa al servicio.			
3.- Le dio su nombre al iniciar la atención.			
4.- Realiza anotaciones en su expediente clínico.			

5.- Le escucha con atención.			
6.- Le da confianza para consultar lo que a usted le interesa.			
7.- Le hace indicaciones sobre como mejorar y conservar su salud.			
8.- Le orienta sobre como llevar su tratamiento.			
9.- Le pregunta si tiene dudas sobre la atención que le ha brindado.			
10.- Le informó si requiere o no algún tipo de cuidado familiar.			
11.- Le atiende en un tiempo razonable.			
12.- La atención que se le brindó a su problema fue confidencial.			
13.- Le ha orientado sobre otros servicios que puede o debe utilizar en la unidad.			
14.- Cuando ha sido necesario, le ha dado por escrito			

indicaciones.			
15.- Cuando le ha manifestado alguna duda, a procurado explicarla en términos más comprensibles para usted y/o su familia.			
16.- Cuando ha requerido su atención lo ha encontrado en su servicio (dentro de su horario de trabajo).			
17.- Su presentación, arreglo personal y lenguaje empleado con usted favorece un ambiente de confianza y cordialidad.			
18.- Se muestra respetuoso de sus creencias y costumbres.			
19.- Para dirigirse a usted utiliza palabras y términos que le facilitan comprender lo que está explicando.			
20.- Considera que la atención que recibe del personal que esta evaluando ha sido adecuada.			

**PLAN DE ACCIÓN PARA QUE MEJORE EL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD  
DOCUMENTAL Y ELLO SE VEA REFLEJADO  
EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO  
EXTERNO**

1.- Mantener una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona atención:

- Identificándose y dirigiéndose con amabilidad.
- Explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan.
- Favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones.
- Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo, explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.
- Respetando los límites de las atribuciones y responsabilidades señaladas en manuales, normas y políticas institucionales, respecto a la información que corresponde dar a cada integrante del equipo de salud.

2.- Reconocer en la persona su concepción holística:

- Otorgando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento y conservación de la vida.
- Entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros).
- Respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, pensar y decidir sobre su tratamiento y cuidados.

3.- Proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios:

- Fundamentando los cuidados de enfermería en conocimientos científicos, técnicos y éticos actualizados.
- Proporcionando un entorno seguro a través de la aplicación de las medidas de seguridad establecidas en las normas institucionales.
- Manteniendo un estado de salud física, mental y social que evite constituirse en un factor de riesgo.

4.- Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud:

- Aplicando en cada uno de los documentos (expediente clínico, reportes, informes, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución.
- Realizando los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- Utilizando terminología técnico-médica de uso y aceptación universal.
- Elaborando y considerando a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.

5.- Actuar con base en los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería:

- Conociendo, adoptando, aplicando y difundiendo los deberes y responsabilidades contenidos en el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México.
- Favoreciendo y fomentando los valores éticos y sociales de la profesión.





***Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.***

Incorporada a la U N A M

*Martínez de Navarrete 611 Tel 51- 2-07-60 Zamora Mich.*

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, AUTORIZA A:

Campos Manzo Mayra

Esqueda Salomón Maria Guadalupe

Hernández Hernández Edith

LA IMPRESIÓN DE SU TESIS “CALIDAD DOCUMENTAL EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL HGZ NO. 4

Se extiende la siguiente a solicitud de las interesadas para los usos legales que a ellas convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día del mes de agosto del año 2009-08-07

ATENTAMENTE

---

LEO. Ignacia Escalera Mora

Directora

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud. 1990.
- <sup>2</sup> Norma Técnica número 52. Para la Elaboración, Integración y uso del Expediente Clínico; SSA. 1986.
- <sup>3</sup> Aguirre Gas H. Calidad de la Atención Médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. 1997.
- <sup>4</sup> Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 7 de febrero de 1984; Reforma 7 de mayo de 1997.
- <sup>5</sup> Cano Torres Or. Consideraciones Generales sobre el Registro del Diagnóstico Médico. Bol. Epidemiol. 9 (4): 129-30. Oct.-Dic. 1984.
- <sup>6</sup> Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. 6 de agosto de 1997.
- <sup>7</sup> Expediente Clínico en la Atención Médica. Subdirección Gral. Médica del IMSS. México. 1973.
- <sup>8</sup> Evaluación Médica. Subdirección General Médica del IMSS. 1972.
- <sup>9</sup> Quintero L. Díaz I. Vethencourt A. Vivas L. Las Abreviaturas en la Historia Clínica. Salus Militeae: 1991 Ene. Dic. 16 (1/2): 5-12.
- <sup>10</sup> Estudio Analítico del Expediente Clínico, Facultad de Medicina UNAM. 1997.
- <sup>11</sup> Fuerst. Wolff. Principios Fundamentales En Enfermería. México: La Prensa Médica; 1958. Pág. 33.
- <sup>12</sup> Sabdra F. Smith. Donna J. Duell. Enfermería Básica y Clínica. México: Manual Moderno; 1996. pp. 3-5.
- <sup>13</sup> Wolff Lewis Lu Verne. Fuhn Timby B. Fundamentos De Enfermería. 4ª ed; México; 1992.

- <sup>14</sup> Rosales Barrera S. Reyes Gómez E. Fundamentos De Enfermería. 3ª ed; México D. F.: Manual Moderno; 2004.
- <sup>15</sup> Usandizaga M. Manual De La Enfermera. 4ª ed; México: Nacional; 1993. Pág. 60.
- <sup>16</sup> Rosales Barrera S. Reyes Gómez E. Fundamentos De Enfermería. 3ª ed; México D. F.: Manual Moderno; 2004.
- <sup>17</sup> Fuerst. Wolff. Principios Fundamentales En Enfermería. México: La Prensa Médica; 1958. Pág. 45.
- <sup>18</sup> Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería.
- <sup>19</sup> Balderas Pedrero Ma. L. Administración De Los Servicios De Enfermería. 4ª ed; México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006. Pág. 42.
- <sup>20</sup> Desarrollo Integral de la Familia. DIF Nacional.
- <sup>21</sup> Kozier B. Erb G. Blais K. Wilkinson J.M. Fundamentos De Enfermería: Conceptos, Proceso Y Práctica. 5ª ed. actualizado; México: Mc Graw, Hill Interamericana; 2002. Vol. 1. Pág. 176.
- <sup>22</sup> Kozier B. Erb G. Blais K. Wilkinson J.M. Fundamentos De Enfermería: Conceptos, Proceso Y Práctica. 5ª ed. actualizado; México: Mc Graw, Hill Interamericana; 2002. Vol. 1. Pág. 181-186.
- <sup>23</sup> Martínez Ques AA. Aspectos Legales y Prácticos de los Registros de Enfermería. Revista Galga de Actualidad Sanitaria. Marzo 2004: Vol.3. Nº 1.
- <sup>24</sup> Gutiérrez de Terán Moreno G. Aspectos Legales de los Registros de Enfermería. Enfermería Clínica 3 (1):21-4.
- <sup>25</sup> Gilabent Careta C. Elaboración de un Sistema de Registros de Enfermería: Aspectos Legales y Éticos. Todo Hospital/138. Julio-Agosto 1997; 5-55. Artículo.

- <sup>26</sup> Karkkainen O. Bondas T. Eriksson K. Documentation of Individualized Patient Care: A Qualitative Metasynthesis. *Nurs Ethics*. Mar. 2005; 12(2):123-32.
- <sup>27</sup> Amezcua M. La Calidad en la Documentación Clínica de Enfermería: Del Papeleo a los Registros para el Cuidado. *Index de Enfermería* 1995; 11:15-20.
- <sup>28</sup> Ramos Martínez-Vegue, A. J. La Ley de Información y Documentación Clínica: Análisis, Aspectos Prácticos y Novedades. *Actualidad del Derecho Sanitario* nº 88 Noviembre 2002:803-815. Informe. BOE 15 de Noviembre 2002 (nº 274); ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- <sup>29</sup> Kozier B. Erb G. Blais K. Wilkinson J.M. *Fundamentos De Enfermería: Conceptos, Proceso Y Práctica*. 5ª ed. actualizado; México: Mc Graz, Hill Interamericana; 2002. Vol. 1. Pág. 173-174.
- <sup>30</sup> *Enfermería Universitaria*. Revista Universitaria ENEO. Mayo-Agosto 2007; Vol.4. No. 2.: Mayo-Agosto 2007. Pág. 35-36.
- <sup>31</sup> Corbella A. Saturno P. *La Garantía de la Calidad en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1990: 397– 9.