



SOPORTE INFORMÁTICO: DIRAYA FACILITA AL TCE/AE EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS QUE REQUIEREN LOS PACIENTES

AUTORAS: Aragón López, Ana María. Sánchez Plaza, María Paz.

MARCO CONCEPTUAL Y/O ANALÍTICO:

Se utiliza el programa informático DIRAYA, que está instalado en el Complejo Hospitalario de Granada. En el módulo de cuidados se realizan una serie de registros: valoración inicial, escalas e índices de valoración, planes de cuidados y actividades derivadas de la hospitalización donde los profesionales de enfermería dejan constancia de toda la actividades que se llevan a cabo en el proceso de cuidar, teniendo a su vez acceso inmediato a toda la información sobre el cuidado del paciente.

METODOLOGIA:

Para acceder al programa cada profesional dispone de un código de acceso individual, esta clave puede ser cambiada por el usuario. Esto garantiza la seguridad y confidencialidad de la información contenida en la base de datos (Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos personales y Ley Foral 11/2002 sobre los derechos del paciente).

La información clínica se introduce tomando como unidad al paciente, identificado por nombre apellidos y número de cama. La función principal del programa es recoger la información clínica introducida por los profesionales de enfermería en relación a la actividad asistencial realizada. La evolución del paciente es reflejada diariamente en la pantalla con acceso a diferentes formularios donde se recogen todos los cuidados de enfermería llevados a cabo en el paciente, gráfica de constantes, balance hídrico, control de pruebas, control de dietas, etc.

CONCLUSIONES:

El soporte tradicional de las historias ha sido el papel, pero el desarrollo de nuevas tecnologías ha permitido la informatización de los datos sanitarios, siendo la historia clínica informatizada un hecho. Los registros informatizados tienen grandes ventajas como la fácil recuperación de datos desde diferentes puestos, acceso a la historia por varios profesionales al mismo tiempo, mayor claridad, acceso fácil a la información, etc.

El registro de la actividad en la historia clínica, da reconocimiento al TCE como miembro del equipo multidisciplinar en la atención sanitaria. Identificándose todas las acciones que realizamos a los pacientes dentro de un plan de cuidados, de manera integral y en cada turno. Permite la atención personalizada, el seguimiento de la evolución del paciente, contribuye al desarrollo de nuestra profesión y a la mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVO:

Presentar la mejora en la organización del trabajo diario, con la utilización del programa informático. Reflejar la asistencia y actividad realizada por el Técnico en cuidados de enfermería en la historia clínica del paciente como miembro del equipo multidisciplinar.

RESULTADOS:

Cumplir con el derecho del paciente a que quede recogida toda la información obtenida en su proceso asistencial (según el art. 15.1 de la ley 41/2002, de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica).

Enfermería (DUE, TCE/AE), tenemos el deber de rellenar la Historia Clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente y responsabilizarnos así de la praxis realizada (art. 15.3 de la citada ley).