

3.4 EXECUCIÓN

Consiste en poñer en práctica o plan de coidados, é dicir, levar a cabo as intervencións planificadas.

Na fase de execución realízanse as distintas actividades propostas no plan. Para iso:

- Prepárase o material necesario.
- Explícaselle ao paciente o que se vai facer.
- Realízase a actividade seguindo estritamente as normas e os protocolos establecidos.
- Asegurámonos de que o paciente queda en boas condicións e recóllese todo o material empregado.
- Rexístrase a actividade realizada (quen a realiza, que se fixo e as observacións que sexan necesarias).

Caso práctico

Unha enfermeira anotou nas “Actividades da vida diaria”:

1. Axudar á señora Martínez (porque padece artrite):
 - A comer
 - A destapar os pratos
 - A cortar os alimentos
2. Levantala con axuda dúas veces ao día.

A enfermeira sabe que o médico lle prescribiu a esta paciente:

- Antiinflamatorios e sales de ouro en inxección intramuscular (un tipo de medicación que nunca administrou).
- Órtesis na man dereita segundo tolerancia.

Diagnóstico de enfermaría:

Deterioro da mobilidade (das mans) R/C artrite M/P dor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBXETIVO	INTERVENCIÓNS	HORARIO
Deterioro da mobilidade (das mans) R/C artrite M/P dor.	Alimentarse soa, pouco a pouco, empregando utensilios especiais	Evaluar a capacidade de prensión cada 2 días	10h 14h. 20h.
		Colocar as mans nun recipiente de auga templada cada 10 minutos, e a continuación realizar exercicios pasivos cos dedos e mans durante 5 minutos.	
		Suxerir a paciente realizar exercicios activos tres veces o día durante 5 minutos.	
	A evaluar o 5-05	Explicar que non debe insistir se ten moita dor. Se fose necesario pode realízalos na auga.	
		Dar analxésico se é necesario 30 minutos antes de realizar o exercicio.	
		Enseñar cómo utilizar os utensilios especiais.	
	Pronóstico Bueno	Explicar a importancia dun réxime especial rico en vit C y calcio.	
		Permitir que exprese a súa dor e sentimentos.	
		Felicitarla polos seus esforzos.	

¿Cales serían os pasos da execución neste exemplo?

- ✓ Preparar un recipiente con auga temperada.
- ✓ Explicar á señora Martínez o procedemento que se vai realizar.
- ✓ Introducir as mans da paciente no recipiente durante 10 minutos.
- ✓ Axudala a realizar exercicios pasivos dos dedos e das mans durante 5 minutos.
- ✓ Animala a realizar exercicios activos, observando se aparece dor.
- ✓ Suspende o exercicio se a paciente manifesta dor intensa.
- ✓ Administrar o analxésico prescrito, se é necesario, 30 minutos antes dos exercicios.
- ✓ Axudala a utilizar os utensilios especiais durante a comida.
- ✓ Supervisar que a paciente se alimenta soa progresivamente.
- ✓ Escoitar á paciente, permitíndolle expresar a súa dor e sentimentos.
- ✓ Reforzar positivamente o seu comportamento, felicitándoa polos seus esforzos.
- ✓ Deixar á paciente cómoda e segura tras as actividades.
- ✓ Recoller e limpar o material utilizado.
- ✓ Rexistrar no historial os coidados realizados e as observacións (dor, tolerancia, progresos).

Lembra que o **proceso de coidados é un proceso dinámico**: mentres a enfermeira realiza os coidados, continúa recollendo datos, analizándoos e orientándose cara a outros diagnósticos de enfermaría. Un plan de coidados está sempre en **constante evolución**.

Algunhas das intervencións do plan de coidados poden ser realizadas polo **TCAE**, pola **familia** ou pola **persoa acompañante** do paciente.

3.5 EVALUACIÓN

O seu fin principal é asegurar uns coidados de calidade. Valórase se se acadaron os obxectivos propostos e en que medida. Permítenos identificar as accións/coidados que favoreceron ou impediron a consecución dos obxectivos.

Esta etapa realízase ao longo de todo o proceso de evolución da persoa paciente e non só no momento da alta, o que nos permite solucionar os erros canto antes e introducir modificacións para a mellora.

Exemplo de avaliación: unha persoa á que se lle vai realizar unha intervención cirúrxica. O obxectivo fixado pola enfermeira foi: *“Verbalizar os seus sentimentos fronte á intervención para reducir os niveis de ansiedade”*, a avaliar *“Antes da intervención”*. A enfermeira, mediante a observación e as preguntas, debe constatar se a persoa foi capaz de verbalizar os seus sentimentos e se isto contribuíu a reducir os seus niveis de ansiedade.

Nesta etapa compárase o que pretendía o obxectivo de enfermaría coa situación real e actual do paciente. A avaliación faise mediante a observación, a entrevista coa persoa e a consulta da historia clínica, comparando os datos obtidos antes e despois dos coidados realizados.

Durante o ingreso, a avaliación faise no momento previsto no plan, de maneira que algúns obxectivos se manteñen (aínda non foron acadados) e outros se substitúen ou se modifican. Existe unha avaliación final días antes de que á persoa se lle dea a alta, para realizar o informe de alta de enfermaría. Se algúns obxectivos non

se acadaron, a enfermeira facilitará algunhas indicacións para que a persoa os consiga posteriormente no seu domicilio ou ben para que a enfermeira de atención primaria poida continuar co traballo realizado a nivel hospitalario. Por exemplo: se a persoa necesita que se lle realicen curas, rexistrarase a forma na que se estaban levando a cabo, a frecuencia, así como a evolución rexistrada ata o momento da alta.

Nesta etapa podemos atoparnos con tres situacións:

1. **Acadáronse totalmente os obxectivos previstos:** considérase concluído o plan de coidados.
2. **Os obxectivos previstos acadáronse parcialmente:** estamos na dirección correcta, proseguimos co plan, formulando novos obxectivos máis amplos ou novos e eliminando os xa acadados.
3. **Os obxectivos previstos non se acadan:** revisión do plan de coidados. Debemos formular obxectivos máis realistas en función da situación/evolución da persoa paciente.

As causas máis frecuentes polas que non se acadan os obxectivos son:

1. Valoración incompleta ou errónea.
2. Diagnósticos de enfermaría erróneos.
3. Plan de coidados pouco individualizado.
4. Obxectivos mal formulados.
5. Erros na priorización dos problemas.

Como o resto do PAE, a avaliación tamén se rexistra e serve, entre outras cousas, para avaliar a calidade da atención en enfermaría.

4. PAPEL DO TCAE NO PAE

Os TCAE forman parte do equipo de enfermaría, polo que participan no proceso nas diversas etapas de atención ao paciente, baixo a supervisión da enfermeira.

O TCAE participa en todas as etapas do PAE excepto no diagnóstico de enfermaría (que é exclusivo de enfermaría). A etapa na que adquire maior relevancia é a de execución, xa que é a encargada de levar a cabo parte dos coidados básicos de enfermaría.

ETAPA DO PAE	PAPEL TCAE
1. VALORACIÓN	Colabora na recollida de datos (observación e relación co paciente)
	Informa e rexistra os datos máis relevantes.
2. DIAGNÓSTICO	Debe coñecer os problemas máis relevantes do paciente

3. PLANIFICACIÓN	Debe coñecer o plan, especialmente as actividades que lle corresponden.
4. EXECUCIÓN	Realizar as actividades que lle corresponden do plan seguindo os protocolos correspondentes
	Rexistrar as actividades realizadas.
5. EVALUACIÓN	Evaluar as actividades que lle corresponden do plan. Rexistrar dita avaliación.