

## Plan de cuidados al paciente que ingresa por Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (GRD 240 / 241)

El Lupus Eritematoso Sistémico es un trastorno inflamatorio multisistémico caracterizado por la producción de anticuerpos contra múltiples antígenos. Es una de las conectivopatías más frecuentes. Su incidencia y prevalencia están influidas por variables como la raza (más frecuente en la raza negra), por el sexo (más frecuente en mujeres) y la edad (entre los 15 y 40 años). Una característica del LES es su diversidad clínica y evolutiva. Algunas manifestaciones más frecuentes son: síntomas constitucionales (adelgazamiento, fiebre), manifestaciones musculoesqueléticas (artromialgias), manifestaciones mucocutáneas, nefritis lúpica, manifestaciones neuropsiquiátricas (agitación, psicosis, delirio, desconexión), manifestaciones cardiovasculares.

El GRD 240 (Trastornos del tejido conectivo con complicaciones) es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del tejido conectivo como: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, amiloidosis, artritis reumatoide juvenil, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes, artropatía psoriásica, dermatomiositis o poliarteritis nodosa. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: infección urinaria, insuficiencia renal crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El GRD 241 (Trastornos del tejido conectivo sin complicaciones) los pacientes no presentan otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad. En el año 2004 en el Servicio de Reumatología del HGUA ingresaron 82 pacientes con una estancia media de 3,3 días. El 95 % eran mujeres.

### **Objetivos Generales:**

- Fomentar actividades para el aumento de la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Educar a la familia o cuidador principal en el manejo del plan de cuidados para prevenir complicaciones.

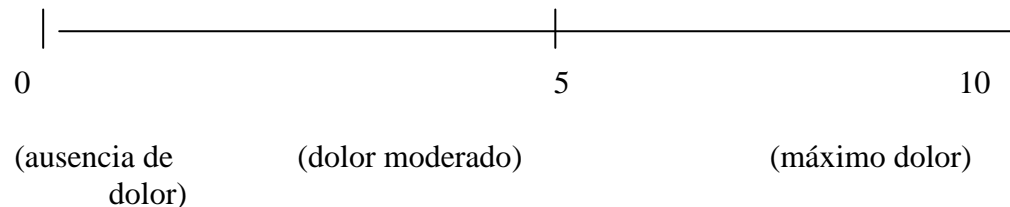
### **Criterios de aplicación del plan:**

Este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes que presenten como diagnóstico de ingreso de lupus eritematoso sistémico con o sin comorbilidad.

**Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem.****Respiración:** No Alterada**Alimentación:** *Dependiente:* déficit de autocuidado en la alimentación. Sistema Apoyo educativo. Sistema Parcialmente compensatorio.**Eliminación:** *Dependiente:* riesgo estreñimiento. Sistema Apoyo educativo.**Descanso:** *Alterado:* insomnio, ansiedad, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente. Sistema Apoyo educativo.**Higiene personal:** No *Dependiente:***Movilidad:** *Dependiente:* intolerancia a la actividad, dificultad de movimientos.**Seguridad:** *Alterada:* Riesgo de traumatismo y hemorragias. Sistema Apoyo educativo. Sistema Parcialmente compensatorio.

Estado de consciencia: consciente y orientado

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual: periodos agudos de dolor por exarcebación de la enfermedad y sufren de dolor crónico.



**Estatus funcional:**

La puntuación será de 1-2

*1= tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio*

*2= Capaz de cuidarse pero no de llevar a cabo cualquier actividad. Permanece encamado durante menos del 50% de las horas de vigilia.*

**Estado piel y mucosas:**

No alterada.

Alterada.

**Riesgo UPP:**

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden:

Riesgo bajo (14-16 puntos)

Riesgo moderado (13-14 puntos).

Riesgo alto (menor de 12 puntos).

**Capacidad sensorial:**

Alterada: trastorno de la percepción sensorial táctil.

**Aspectos psicológicos y sociales:**

Ansiedad, temor a la incapacidad, imagen corporal afectada.

***Diagnósticos de Enfermería identificados en el paciente que ingresa por Lupus Eritematoso sistémico.*****Requisitos de autocuidado universal:****◆ Eliminación.**

Riesgo de estreñimiento r/c intolerancia a la actividad, medicación.

**◆ Movilidad.**

Intolerancia a la actividad r/c la enfermedad crónica.

**◆ Descanso.**

Deterioro del patrón del sueño r/c la enfermedad, dolor.

**◆ Aislamiento e interacción social.**

Trastorno de la imagen corporal r/c la alteración de la imagen corporal por la enfermedad crónica.  
Ansiedad / temor r/c enfermedad incapacitante crónica, dolor.

**◆ Prevención accidentes**

Riesgo de traumatismo r/c dificultad de movimientos.  
Riesgo de hemorragias r/c medicación.

**◆ Promoción de la normalidad.**

Dolor crónico r/c la enfermedad crónica.  
Deterioro de la integridad cutánea r/c la enfermedad crónica.  
Trastorno de la percepción sensorial: táctil r/c perfusión tisular deficiente.

## Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente que ingresa por Lupus Eritematoso Sistémico durante toda su estancia.

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<b>Cuidados de enfermería al ingreso (7310)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.</li> <li>2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.</li> <li>3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.</li> <li>4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.</li> <li>5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA.</li> </ol>				
<b>Protección de los derechos del paciente.(7460)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.</li> <li>2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.</li> <li>3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.</li> </ol>				
<b>Intermediación cultural (7330)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.</li> <li>2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.</li> <li>3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...)</li> <li>4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.</li> </ol>				
<b>Informe de turnos (8140)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.</li> <li>2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede.</li> <li>3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados.</li> <li>4. Describir el régimen de tratamiento.</li> <li>5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas.</li> </ol>				

	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.</li> <li>7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.</li> <li>8. Resumir los progresos en las metas fijadas.</li> </ol>				
<b>Planificación del alta (7370)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar las capacidades del paciente para el alta</li> <li>2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.</li> <li>3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.</li> <li>4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta.</li> <li>5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.</li> </ol>				

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades/ Procedimientos	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><input type="checkbox"/> Intolerancia a la actividad r/c la enfermedad crónica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Tolerancia a la actividad.(0005)</i> 18. Facilidad para realizar las AVD. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Nivel de autocuidados (0313)</i> 02.Se viste. 03.Se alimenta. 07.Se asea de manera independiente.</p> <p>Obj.:El paciente mantendrá la independencia en la realización de las actividades de la vida diaria dentro de sus limitaciones..</p>	<p><i>Manejo de la nutrición (1100)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema Apoyo educativo/Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar al paciente si tiene alergia algún alimento.</li> <li>2. Determinar las preferencias de comidas del paciente.</li> <li>3. Fomentar la ingesta adecuada de calorías según el tipo corporal y estilo de vida.</li> <li>4. Realizar una selección de comidas.</li> <li>5. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> </ol>		9-13-16-23		
		<p><i>Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar la dieta prescrita.</li> <li>2. Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.</li> <li>3. Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).</li> <li>4. Proporcionar alivio adecuado al dolor antes de las comidas, si procede.</li> <li>5. Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.</li> <li>6. Arreglar la comida de la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar unos huevos.</li> <li>7. Abrir los alimentos empaquetados.</li> <li>8. Anotar la ingesta, si procede.</li> <li>9. Proporcionar los dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo, si es necesario.</li> </ol>		c/comida	ENF/AE	
		<p><i>Terapia de deglución (1860)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje / realización de las tareas de ingesta y deglución.</li> <li>2. Proporcionar / usar dispositivos de ayuda, si se precisa.</li> <li>3. Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.</li> <li>4. Proporcionar / vigilar la consistencia de la comida / líquidos en función de los hallazgos de la valoración de la deglución.</li> <li>5. Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.</li> <li>6. Controlar el peso corporal.</li> <li>7. Vigilar la hidratación corporal.</li> </ol>		c/24 h.	ENF	

		<p><i>Manejo de la energía (0180)</i></p>	<p>8. Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar las limitaciones físicas del paciente.</li> <li>Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor...)</li> <li>Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</li> <li>Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional.</li> <li>Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).</li> <li>Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.</li> <li>Favorecer el reposo / limitación de actividades.</li> <li>Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, giros y cuidado personal), si es necesario.</li> <li>Instruir al paciente / familiar a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.</li> <li>Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando las actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.</li> </ol>				
		<p><i>Ayuda al autocuidado (1800)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.</li> <li>Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, arreglo personal, aseo y alimentarse.</li> <li>Proporcionar ayuda hasta que al paciente sea capaz de asumir los autocuidados.</li> <li>Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	
		<p><i>Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito (5612)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito.</li> <li>Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal, si procede.</li> <li>Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.</li> <li>Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	



<p><input type="checkbox"/>Riesgo de estreñimiento r/c intolerancia a la actividad, medicación.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Eliminación intestinal. (0501)</i> 01.Patrón de eliminación <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.: El paciente defecará c/ 24-48 h y continuará con su patrón habitual</i></p>	<p><i>Manejo del estreñimiento / impactación (0450)</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema Apoyo educativo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las heces, si procede.</li> <li>2. Identificar los factores (crecimiento tumoral, medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>3. Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.</li> <li>4. Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.</li> </ol>		c/24h	ENF/AE	
			<p>Fomento de la eliminación fecal</p>	☰	c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/>Deterioro del patrón del sueño r/c la enfermedad, dolor y la inactividad.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Descanso (0003)</i> 03.Calidad del descanso. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Sueño (0004)</i> 03.Patrón de sueño.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.:El paciente manifestará la sensación de sueño reparador.</i></p>	<p><i>Fomentar el sueño (1850)</i></p>	<p><input type="checkbox"/><b>Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar las circunstancias físicas (dolor/molestias, frecuencia urinaria), psicológicas (miedo/ansiedad) y/o ambientales (ruidos, luz, administración de medicamentos) que interrumpen el sueño.</li> <li>2. Fomentar el numero de horas de sueño, si fuera necesario.</li> <li>3. Ajustar la administración de medicación respetando el patrón sueño/vigilia del paciente.</li> <li>4. Fomentar hábitos alimenticios y conductas inductoras del sueño.</li> <li>5. Evitar situaciones estresantes antes de dormir.</li> <li>6. Enseñar al paciente a controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama, para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	
		<p><i>Manejo ambiental: confort (6482)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de descanso.</li> <li>2. Enseñar a la familia la necesidad de proporcionar un ambiente confortable, como conseguirlo y los beneficios para el paciente</li> <li>3. Evitar ruidos innecesarios.</li> <li>4. Limitar las visitas, si procede.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades/ Procedimientos	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><b>❑Deterioro de la integridad tisular r/c enfermedad avanzada.</b></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Integridad tisular: piel y mucosas.(1101)</i> 11. Piel intacta <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente no presentará ninguna erosión durante la estancia hospitalaria.</p>	<p><i>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584)</i></p>	<p><b>❑Sistema Parcial / Totalmente compensatorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Desaconsejar el uso de ropa de textura áspera.</li> <li>Aconsejar el uso de jabones de ph neutro.</li> <li>Aconsejar el uso de ropas no restrictivas.</li> <li>Aconsejar el uso de soportes para zonas edematosas (almohada debajo de los brazos).</li> <li>Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal si es necesario.</li> <li>Aplicar emolientes en la piel tras la higiene diaria.</li> <li>Cambiar catéter si procede.</li> <li>Aplicar agente antiinflamatorio tópico en zonas afectadas si esta indicado.</li> <li>Aconsejar al paciente que use protección solar, sombreros de ala ancha, gafas solares y evitar exposiciones prolongadas a la luz solar.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	
			<p>Vigilancia de la piel</p>	☰	c/precise	ENF/AE	
<p><b>❑ Trastorno de la imagen corporal r/c la alteración de la imagen corporal por la enfermedad crónica</b></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Imagen corporal (1200)</i> 07. Adaptación a cambios en el aspecto físico. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Autoestima.(1205)</i> 19.Sentimientos sobre su propia persona. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente referirá un aumento de su nivel de autoestima.</p>	<p><i>Potenciación de la autoestima (5400)</i></p>	<p><b>❑Sistema apoyo educativo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios .</li> <li>Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.</li> <li>Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	
		<p><i>Potenciación de la imagen corporal (5220)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.</li> <li>Utilizar una guía revisora en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.</li> <li>Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía.</li> <li>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.</li> <li>Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades/ Procedimientos	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<input type="checkbox"/> Riesgo de traumatismo r/c dificultad de movimientos  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Conductas de seguridad personal (1911).</i> 26. Se protege de las lesiones.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: El paciente no presentará ningún traumatismo durante su estancia hospitalaria.	<i>Manejo ambiental: seguridad(6486)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b> 1. Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente. 2. Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente. 3. Eliminar los factores de peligro en el ambiente, cuando sea posible. 4. Disponer dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente. 5. Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas. 6. Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.		c/precise	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Ansiedad/ temor r/c enfermedad incapacitante crónica, dolor. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Autocontrol de la ansiedad.(1402)</i> 17. Controla la respuesta a la ansiedad. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  Obj.: el paciente utilizará estrategias de superación efectivas.	<i>Aumentar el afrontamiento (5230)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b> 1. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. 2. Ayudar al paciente a obtener la información que más le interese. 3. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 4. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida. 5. Fomentar situaciones que aumenten la autonomía del paciente. 6. Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si fuera necesario.		c/precise	ENF/AE	
		<i>Disminución de la ansiedad (5820)</i>	1. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 2. Proporcionar objetos que simbolizan seguridad. 3. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. 4. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. 5. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 6. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito.		c/precise	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Dolor crónico r/c la enfermedad crónica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Control del dolor.(1605)</i> 04. Utiliza las medidas de alivio no analgésicas. 05. Utiliza los	<i>Manejo del dolor (1400)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b>		c/precise	ENF	

	<p>analgésicos de forma apropiada. 11. Refiere dolor controlado <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.:El paciente maneja los mecanismos de distracción que conoce para el alivio de su dolor. El paciente reconoce los efectos adversos de su tratamiento</i></p>	<p><i>Administración de analgésicos (2210)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Ayudarse de escalas analgésicas para realizar la valoración.</li> <li>2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>3. Evaluar con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.</li> <li>4. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</li> <li>5. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruido).</li> <li>6. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).</li> <li>7. Utilizar medidas de control del dolor, antes de que el dolor sea severo.</li> <li>8. Fomentar los períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</li> <li>9. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.</li> <li>10. Utilizar un enfoque multidisciplinar del manejo del dolor, cuando corresponda.</li> </ol>				
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</li> <li>2. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</li> <li>3. Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente y familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción, riesgo de sobredosis..).</li> <li>4. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero en especial después de las dosis iniciales, se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náusea y vómito, sequedad de boca y estreñimiento).</li> <li>5. Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.</li> </ol>		c/precise	ENF	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades/ Procedimientos	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<input type="checkbox"/> Trastorno de la percepción sensorial táctil r/c enfermedad crónica <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Función sensitiva cutánea. (2400) 07.</i> Discriminación de estímulos nocivos. 12.Pérdida de sensación. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Obj.:El paciente utiliza estrategias de protección para evitar lesiones cutáneas.</i>	<i>Manejo de la sensibilidad periférica alterada.(2660)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b> 1. Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e . 2. Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua del baño, etc. 3. Enseñar al paciente y familia a vigilar la posición de las partes corporales durante el baño, al sentarse, acostarse o cambiar de posición. 4. Enseñar al paciente o familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en la integridad de la misma. 5. Fomentar el uso de guantes u otras prendas de protección sobre la parte corporal afectada cuando está esta en contacto con objetos puedan ser potencialmente peligrosos. 6. Evitar o vigilar atentamente el uso del calor o del frío. 7. Observar si hay tromboflebitis y trombosis de venas profundas. 8. Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad.		c/precise	ENF	
<input type="checkbox"/> Riesgo de hemorragia r/c . <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Coagulación Sanguínea (0409) 02. Sangrado. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Obj.:El paciente no presentará hemorragias durante su estancia hospitalaria</i>	<i>Precauciones con hemorragias(4010)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b> 1. Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragias. 2. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. 3. Controlar los signos vitales. 4. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. 5. Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia. 6. Administrar medicamentos , si está prescrito 7. Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de hemorragia, petequias, púrpuras, equimosis y sobre la actuación en caso de hemorragia.		c/precise	ENF	

**Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en el paciente que ingresa por lupus eritematoso sistémico.**

<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Cuidados de enfermería</b>
Riesgo de estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta rica en fibras, verduras y frutas.</li> <li>- Adaptación horaria.</li> <li>- Intimidad para la defecación.</li> <li>- Control de defecaciones.</li> <li>- Administración de laxantes, si procede.</li> </ul>
Ansiedad / Temor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la ansiedad.</li> <li>- Aumentar el afrontamiento</li> </ul>
Dolor crónico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo del dolor.</li> <li>- Administración de analgésicos.</li> <li>- Escucha activa.</li> </ul>
Deterioro patrón sueño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados para favorecer el descanso del paciente.</li> <li>- Disminuir la ansiedad, temor...</li> <li>- Expresión de sentimientos.</li> <li>- Ambiente agradable y tranquilo.</li> </ul>
Intolerancia a la actividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de la energía.</li> <li>- Ayuda en el autocuidado.</li> <li>- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.</li> <li>- Ayuda en la alimentación</li> </ul>
Trastorno de la percepción sensorial: táctil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de la sensibilidad periférica alterada.</li> </ul>
Riesgo de traumatismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo ambiental: seguridad.</li> </ul>
Riesgo de hemorragias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precauciones con las hemorragias.</li> </ul>
Trastorno de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciación de la autoestima.</li> <li>- Potenciación de la imagen corporal.</li> </ul>

**Bibliografía:**

1. Johnson M., Bulechek G.,McCloskey J.,Maas M.,Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA,NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2004.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2004
4. Contreras Fernández E., Báez Cabeza A., Crossa Martín E., Guerrero González M. et al. Planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria. Primera edición. Ed. Distrito Sanitario Costa del sol. ,Málaga 2000.
5. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
6. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.
7. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
8. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
9. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.Ed. Servicio Gallego de Salud.2002.
10. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López,,Francisco Vicente Blanes Compañ,,Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.