

A N E X O

APLICACION DE LOS CONOCIMIENTOS EN LA PRACTICA CLINICA

PACIENTE: *F. H. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *A. C. V. A. (Hemiplejía izquierda)*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Básica*

PACIENTE: *C. F. S.*

PROBLEMA DE SALUD: *Enfermedad de Crohn*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

PACIENTE: *D. R. A.*

PROBLEMA DE SALUD: *Hernia discal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

PACIENTE: *M. R. A. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Parto normal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

PACIENTE: *J. A. S.*

PROBLEMA DE SALUD: *Placenta previa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

PACIENTE: *J. L. C. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Apendicitis aguda*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

PACIENTE: *L. M. C.*

PROBLEMA DE SALUD: *Bronconeumonía*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

PACIENTE: *S. R. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Dificultad respiratoria severa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Geriátrica*

PACIENTE: *F. H. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *A. C. V. A. (Hemiplejía izquierda)*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Básica*

<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)</p>	<p style="text-align: center;">DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE <u>ENFERMERIA</u> UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE DEL ENFERMO <u>E. H. B.</u> HABITACION <u>1309</u> CAMA <u>2</u></p>
DATOS SOCIO-CULTURALES		
SEXO <u>V</u>	EDAD <u>73</u>	ESTADO CIVIL <u>Casado</u>
Nº DE HIJOS _____	LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____	
PROFESION/OCUPACION <u>Funcionario jubilado</u>	RELIGION _____	
OTROS DATOS DE INTERES <u>Es trasladado del hospital comarca donde ingreso al sufrir el episodio.</u>		
RESPIRACION-OXIGENACION		
P.A. <u>160/90</u>	PULSO RADIAL <u>72/m.</u>	FRECUENCIA CENTRAL _____
RESPIRACIONES <u>18/m.</u>	TEMPERATURA CORPORAL <u>36,2º C.</u>	_____
<input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO	<input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO
<input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO	<input type="checkbox"/> ORTOPNEA	<input type="checkbox"/> CIANOSIS
OTROS DATOS <u>NO FUMADOR</u>		
INFORMACION DE INTERES		
DIAGNOSTICO MEDICO <u>A.C.V.A. (HIPERTENSION)</u>		
MOTIVO DEL INGRESO _____		
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>No ha tenido</u>		
ALERGIAS _____		
PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>Distonías de cadera y región lumbal. Hace 5 años. Le sedujo con pérdida de peso.</u>		
ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION		
PESO <u>82 kg.</u>	TALLA <u>1,65 mt.</u>	_____
<input type="checkbox"/> NUTRIDO	<input type="checkbox"/> DELGADO	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION
<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO	<input checked="" type="checkbox"/> OBESO	<input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO	<input type="checkbox"/> DESHIDRATADO	<input type="checkbox"/> EDEMAS
<input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO	<input type="checkbox"/> BUEN APETITO	<input type="checkbox"/> INAPETENTE
APETENCIAS _____		
RECHAZOS _____		
PROTESIS _____		
DIFICULTADES <u>No puede comer solo desde el episodio.</u> DIETA QUE SIGUE _____		

<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Buena</u></p> <p>HABITOS <u>buena de 1 vez a la semana, diario.</u></p> <p>OTROS DATOS _____</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>8 horas diarias</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIESTA <u>2 horas diarias</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS _____</p>	<p><u>ELEMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p>OTROS DATOS _____</p>
<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO _____</p> <p>HABLA <u>Dificultad. Reconoce la palabra es clara y hablada.</u></p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>Esposa, hijos y amigos.</u></p> <p>OTROS DATOS <u>Antes del A.C.V.A. anticipaba bien (inteligente en la conversacion)</u></p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR _____ TIPO _____</p> <p>LOCALIZACION _____</p> <p>INTENSIDAD _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> ORNUBILADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>normal</u></p> <p>AUDICION <u>normal</u></p> <p>TACTO <u>ligeramente disminuido en parte derecha</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p>	<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL *</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p>OTROS DATOS <u>La incapacidad parcial se debe a la ataxia y hemiplegia dcha.</u></p>
<p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p><u>Interés por la jardinería; lee el periódico diariamente; juega a las cartas y al domino</u></p>	<p>FECHA DE LA VALORACION <u>4.2.1988</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>P.M.</u></p>	

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>F.H.M</u> Habitación <u>1309</u> Cama <u>2</u>
--	--	---

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	6.2.88
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.		6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES C/4 h.	6.2.88
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES <i>en zona presión</i> 3/d	6.2.88
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS 3 v/d	6.2.88
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	6.2.88
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL		6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> MANTENER CON PAÑALES	
	<input type="checkbox"/>		6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES POR LA MAÑANA	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
4.2.88	<i>Incluis a la familia en la enseñanza del cuidado del enfermo</i>		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES C/4h.	6.2.88
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
				<input type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
			6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES 3 veces/d	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <i>Levantaa. a un sillón M y T.</i>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <i>Sin sal.</i>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

EVOLUCION - EVALUACION
NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	PROBLEMAS Y COMENTARIOS	FIRMA
4.2.88 Tarde		1) INCAPACIDAD PARCIAL POR HEMIPLEJIA. 2) TRASTORNO DE LA COMUNICACION VERBAL POR AFASIA. 3) POSIBLE APARICION DE ULCERAS DE DECUBITO POR INMOVILIDAD 4) POSIBLE FLACIDEZ MUSCULAR POR INMOVILIDAD.	P.M.
5.2.88 (7 h.)	Aparentemente tranquila y serena.	Piel intacta. Descansa 8 horas.	C.S.
(14 h.)	Piel intacta. Come sin dificultad alimentos sólidos.	Mantiene tono muscular.	L.M.
21 Horas	Durante la tarde no se producen cambios.		P.M.
6.2.83 (7 horas)	Durante la noche no se observan cambios.	Descansa bien.	J.L.
14 H.	Comienza a utilizar la mano izda.	No presenta síntomas negativos.	L.M.
21 H.	Continúa utilizando la mano izda. y da algunas pasas ayudado por su hija.	con destreza. Se levanta a un sillón. Se muestra animado.	P.M.
7.2.88 7 h.	Sin cambios que reseñan. Duarme bien.		C.S.
14 h.	Sin manifestaciones negativas. Expresa deseos de irse a casa. Deambula unos 10 metros ayudado. Vocaliza más claramente.		L.M.
21 H.	Sin cambios. Vocalización bastante clara.		P.M.
8.2.88	Durante la noche descansa bien.		J.L.
14 horas	Expresa constantemente deseos de irse a casa. Deambulación progresiva.		P.C.
21 horas	Ilusionado ante la noticia del alta. Realiza actividades con ayuda.		C.C.
9.2.88 14 horas	Descansa bien durante toda la noche.		C.S.
21 horas	Sin manifestaciones negativas. Es ayudado por la hija en el autocuidado.		P.C.
10.1.88	Manifiesta alegría por la inminente alta.		C.C.
12 horas	Descansa bien. Se despierta muy temprano.		J.L.
12 horas	ALTA MEDICA.		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>F.H.M.</u> Habitación <u>1309</u> Cama <u>2</u>					
DIA <u>4.2.88</u>				<u>5.2.88</u>								<u>6.2.88</u>				<u>7.2.88</u>	
HORA				21	24	4	8	12	16	20	24	4	8	16	22	9	16
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	(80)	(37)														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T*														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos. Ejerci. Fis.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Diuresis			++	100 +		+++	+	250	+	+++	100	200	350	+++	300	
	Peso																
	Cura																
	Aspiración																
	Liquidos oral.																
	Prevención úlceras			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	
FIRMA DE LA ENFERMERA				P.M.	C.S.	C.S.	C.S.	L.M.	P.M.	P.M.	L.M.	L.M.	L.M.	P.M.	P.M.	L.M.	P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>F.H.M.</u> Habitación <u>1309</u> Cama <u>2</u>				
DIA <u>7.2.88</u>				8.2.88				9.2.88				10.2.88				
HORA				22	9	18	22	9	18	22	9	12				
50	250	140	40													
40	200	120	39													
30	150	100	38													
20	100	80	(37)													
10	50	60	36													
0	0	40	35													
R	P.A.	P	T*													
P. V. C.																
FLUIDOTERAPIA																
Fisio. Respi.																
Cambios pos. Ejerci. fisica				X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Diuresis				400	200†	500	400	††	650	250	200†					
Peso																
Cura																
Aspiración																
Liquidos oral																
Prevención Ulceras					X			X			X					
FIRMA DE LA ENFERMERA				P.M.	P.D.	C.C.	C.C.	P.C.	C.C.	C.C.	P.C.					

PACIENTE: C. F. S.

PROBLEMA DE SALUD: *Enfermedad de Crohn*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS	NOMBRE DEL ENFERMO <u>C. F. S.</u> HABITACION <u>109</u> CAMA <u>2</u>
INFORMACION DE INTERES		
DIAGNOSTICO MEDICO <u>Enfermedad de Crohn</u>		
MOTIVO DEL INGRESO <u>Reactivación de la enfermedad</u>		
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>Una por la misma causa</u>		
ALERGIAS <u>No conocidas</u>		
PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>Catolista</u>		
<hr/>		
ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION		
PESO <u>59 K.</u> TALLA <u>1.65 mt.</u>		
<input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input checked="" type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION		
<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD		
<input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS		
<input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE		
APETENCIAS <u>1-2 tazas de café al día</u>		
RECHAZOS <u>Gaznax</u>		
PROTESIS		
DIFICULTADES		
DIETA QUE SIGUE <u>Propia del proceso Abstringente hiperspática.</u>		
RESPIRACION-OXIGENACION		
P.A. <u>100/60</u> PULSO RADIAL <u>90/m</u> FRECUENCIA CENTRAL		
RESPIRACIONES <u>18/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>36.5º C.</u>		
<input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA		
<input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO		
<input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO		
<input type="checkbox"/> ORTOPNEA		
<input type="checkbox"/> CIANOSIS		
OTROS DATOS <u>Actualmente fumadora de 1 paquete diario. Anteriormente hasta tres paquetes diarios.</u>		

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Diarreas (5-15 deposiciones diarias)</i></p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS: <i>Sudoración nocturna</i></p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>8 - 9</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Buena</u></p> <p>HABITOS <u>Ducha caliente, Aseo diario.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>S7</u> TIPO <u>Cólico</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Epigastrio</u></p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBLADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Normal</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL SECA/LIGERAM.</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Muestra temor por el inglés</u></p> <p>HABLA <u>Normal</u></p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>Acostumbrados</u></p> <p>OTROS DATOS <u>Se comunica y relaciona bien</u></p> <p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>28.02.89</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>M.T.</u></p>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>C.E.S.</u> Habitación <u>1109</u> Cama <u>2</u>
--	--	--

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
28.2.89	Sobre hábitos de vida derivados de su problema de salud		28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <i>Habituales</i>	
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			28.2.89	<input type="checkbox"/> DIURESIS	
			28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> PESO <i>Cada 3 días</i>	
				<input checked="" type="checkbox"/> <i>Deposiciones y cardógrafos</i>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <i>Reposo después de las comidas</i>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <i>Terapéutica</i>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

ORDENES DE ENFERMERIA

FECHA	PROBLEMAS	ACCIONES	FIRMA
28.2.89	1) ALTERACION DE LA ELIMINACION INTESTINAL por proceso patol- gico.	Las indicadas en el tratamiento	
	2) ALTERACION DE LA NUTRICION por malabsorción.	Dieta prescrita.	
	3) ALTERACION DEL BIENESTAR por dolor.	Recomendar descanso, medicación prescrita.	M.T.
1.3.89	4) ALTERACION DEL DESCANSO-SUEÑO por factores ambientales.	Cuando sea posible, trasladar a otra habitación.	M.T.
2.3.89	5) TEMOR asociado a su proceso	Visitar frecuentemente a la pacien- te. Mantenerla informada de su evolu- ción y de hábitos de vida a seguir.	
		Fomentar la distracción.	M.T.

T R A T A M I E N T O M E D I C O

FECHA	MEDICACION	H O R A S															
		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24				
28.2.89	Urbason 40 mg. oral 1/d								X MT								
	Alugel 3 cucharas/dia										X MT				X EM		
	Ranitidina 1 c./noche															X EM	
	Trisorbina MCT DIMPR 3/dia										X MT				X EM		
	Buscapina si dolor abdom.																
	Gelocatil si fiebre(s.p.)																
1.3.89	Urbason (igual)								X MT								
	Alugel (igual)										X MT				X EM		
	Ranitidina (igual)															X EM	
	Trisorbina (igual)							X MT			X MT				X EM	X EM	
	Buscapina (igual)																
	Gelocatil (igual)																
2.3.89	Urbason (igual)								X MT								
	Alugel (igual)							X MT			X MT				X CL		
	Ranitidina (igual)															X CL	
	Trisorbina (igual)							X MT			X MT				X CL		
	Buscapina (igual)																
	Gelocatil (igual)																
3.3.89	Urbason (igual)								X MT								
	Alugel (igual)							X MT			X MT				X CL		
	Ranitidina (igual)															X CL	
	Trisorbina (igual)							X MT			X MT					X CL	
	Buscapina (igual)																
	Gelocatil (igual)																
4.4.89	Urbason (igual)								X MT								
	Alugel (igual)								X MT		X MT				X EM		
	Ranitidina (igual)															X EM	
	Trisorbina (igual)								X MT		X MT					X EM	
	Buscapina (igual)																
	Gelocatil (igual)																

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
28.2.89 15h.	Refiere al ingreso, varias deposiciones al día, incluso 15. Blandas, líquidas, sin sangre. No fiebre. Pérdida de peso. En los primeros momentos de la mañana se muestra deprimida ligeramente. Más animada en la comunicación con las enfermeras.		M.T.
1.3.89 15 h.	Tres deposiciones sin sangre, moco o pus. No fiebre. Solicitada consulta servicio nutrición. Dificultad para dormir por molestias ambientales (tratamiento de oxigenoterapia y otros de enfermos colindantes).		M.T.
2.3.89 15 h.	No fiebre. Más animada. Tolerancia a la alimentación prescrita por el servicio de dietética. Cuatro deposiciones. Refiere ruidos intestinales. Realizada Radiografías de abdomen.		M.T.
3.3.89 15 h.	Tres deposiciones más espesas. Se encuentra más animada. Recibe visitas que según la enferma la distraen.		M.T.
6.3.89 15 h.	Tres deposiciones. Más animada. Mañana se le realizará tránsito intestinal. La informo y doy las instrucciones oportunas.		M.T.
7.3.89 15 h.	Dos deposiciones semi-duras. La informo de la importancia de la dieta en su proceso. Se muestra interesada y con deseos de aprender. Así mismo le comento los inconvenientes del tabaco y la necesidad de más momentos relajados.		M.T.
8.3.89 15 h.	Una deposición de caracteres normales. Más animada. Solicita información sobre dietética y los derechos del paciente. Se le proporciona folletos sobre ambos.		M.T.
10.3.89 15 h.	Una deposición diarreica blanda, sin sangre, moco o pus. Parece más desanimada. Presenta dolor de tipo cólico, náuseas y vómitos.		M.T.
11.3.89 15 h.	Han desaparecido el dolor, náuseas y vómitos. Dos deposiciones pastosas.		M.T.
12.3.89 15 h.	Más animada que en días anteriores. Se le comunica que será dada de alta en días próximos. Se le informa del régimen de vida que deberá seguir.		M.T.
13.3.89 15 h.	En espera de alta, la enferma manifiesta alegría. Más comunicativa. Demanda información sobre los autocuidados. Se le explica detalladamente. Comprende bien las explicaciones.		M.T.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>C.F.S.</u> Habitación <u>1109</u> Cama <u>2</u>									
DIA <u>28.2.89</u>				1.3.89		2.3.89		3.3.89		4.3.89		5.3.89		6.3.89			
HORA				T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T			
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	F	T ^o														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES				J N S R E S O													
				Fisio. Respi.													
				Cambios pos.													
				Diuresis													
				Peso				59	59		59,100		59,200			59,600	
				Cura													
				Aspiración													
				Liquidos oral													
Deposiciones					3		4		3		2		4		3		
FIRMA DE LA ENFERMERA				M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	M.T.	C.L.	M.T.	C.L.	M.T.	E.M.	A.S.	E.M.	A.S.	L.S.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>C. F. S.</u> Habitación <u>1109</u> Cama <u>2</u>					
DIA <u>7.3.89</u>				8.3.89		9.3.89		10.3.89		11.3.89		12.3.89		13.3.89			
HORA				M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T		
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	Tª														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis																
	Peso			59,800				61						63			
	Cura																
	Aspiración																
	Liquidos oral.																
	Deposiciones			2		1			1		2				3		
FIRMA DE LA ENFERMERA				M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	L.S.	C.R.	L.S.	E.M.	M.T.	C.L.

PACIENTE: D. R. A.

PROBLEMA DE SALUD: *Hernia discal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS	NOMBRE DEL ENFERMO <u>D. R. A.</u> HABITACION <u>204</u> CAMA <u>1</u>	
DATOS SOCIO-CULTURALES		INFORMACION DE INTERES	
SEXO <u>M</u> EDAD <u>25</u> ESTADO CIVIL <u>S</u>	DIAGNOSTICO MEDICO <u>HERNIA DYSAL</u>		
Nº DE HIJOS _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____	MOTIVO DEL INGRESO <u>Intervención quirúrgica</u>		
PROFESION/OCUPACION <u>Telefonista</u>	HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>Ninguna</u>		
RELIGION <u>Católica no practicante</u>	ALERGIAS <u>No refiere</u>		
OTROS DATOS DE INTERES _____	PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO _____		
RESPIRACION-OXIGENACION		ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION	
P.A. <u>120/65</u> PULSO RADIAL <u>68/m</u> FRECUENCIA CENTRAL _____			
RESPIRACIONES <u>16/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>36,3° C</u>	<input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION		
<input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD		
<input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO	<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS		
<input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO	<input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO		
<input type="checkbox"/> ORTOPNEA	<input checked="" type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE		
<input type="checkbox"/> CIANOSIS	APETENCIAS <u>Come de todo</u>		
OTROS DATOS <u>Fumadora de 5-6 pilitillas diarios</u>	RECHAZOS <u>Ninguno</u>		
	PROTESIS _____		
	DIFICULTADES _____		
	DIETA QUE SIGUE _____		

<p>ELIMINACION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECACION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p>DESCANSO-SUEÑO</p> <p>HORAS QUE DUERME <u>7-8 horas inintermitentes</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA</p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p>ASEO PERSONAL</p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Muy bueno</u></p> <p>HABITOS <u>Ducha diaria al levantarse</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p>ACTIVIDAD MOTORA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OTROS DATOS <u>Molestias al hacer detras</u></p> <p><u>mirada momentanea</u></p>	<p>SEGURIDAD-BIENESTAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>Si</u> TIPO <u>de dolor agudo</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Region Lumbosacra asociado a M.J.</u></p> <p>INTENSIDAD <u>De moderada a fuerte</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBLADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Sin dificultades</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p>	<p>COMUNICACION-RELACION</p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Comunicativa y colaboradora</u></p> <p>HABLA</p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>bien bastantes</u></p> <p>OTROS DATOS <u>Conoce su proceso no esta preocupada</u></p> <p>OTRAS OBSERVACIONES</p> <p><u>Toma Motelil para aliviar el dolor.</u></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>6.5.89</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>P. G-V.</u></p>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)		P L A N I F I C A C I O N ACTIVIDADES DE ENFERMERIA		Nombre <u>D.P.A.</u> Habitación <u>204</u> Cama <u>1</u>	
INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.		<u>9.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES <u>Según protocolos</u>	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		<u>8.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Preparación quirúrgica</u>	<u>P.G.V.</u>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			<u>9.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>c/4 h.</u>	<u>10.5.89</u>
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			<u>9.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS	<u>10.5.89</u>
				<input type="checkbox"/> PESO	
				<input type="checkbox"/>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	P R E C A U C I O N E S	FINAL
<u>6.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Moderada</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
<u>6.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Normal</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
6-5-89	A la valoración inicial no se	INGRESO 18,30 horas	
7-5-89	identifican problemas. (NOCHE)	Iniciar plan de cuidado sistemático	P.G.V.
Mañana	Extracción de sangre y recogida de orina para análisis sistemático.	Descansa bien	J.Y.
	Realización R.X. de tórax y E.C.G.		L.M.
Tarde		Se practica estudio con Scanner	P.G.V.
8-5-89		(NOCHE) Descansa bien	G.P.
Mañana		Se comunica a la enferma la inter-	
	Se muestra contenta aparentemente	vención para el día siguiente	L.M.
Tarde	Se prepara para la intervención	Ha hecho deposición por la mañana	P.G.V.
9-5-89	Descansa bien durante toda la noche		J.V.
Mañana	Pasa a quirófano a las 09,00 horas		L.M.
15,00	Llegada a Reanimación procedente de quirófano a las 11,00 horas. Des-	Pasa a su habitación a las 15,00 horas	G.G.
	pierta aunque con tendencia al sueño. Responde a estímulos. Signos		
Tarde	Pasa la tarde adormilada. Signos vitales en valores normales. Primera	micción. Se inician cambios posturales. No manifiesta dolor	P.G.V.
10-5-89	Ligeras molestias que desaparecen con la administración de calmante		C.P.
Noche			
Mañana	Tolera líquidos		C.D.
Tarde	Ligera deambulación. Tolera líquidos. Ante la sugerencia del médico de		M.G.
	alta, la enferma manifiesta deseos de marchar a casa. No tiene problemas		
11-5-89	Molestias durante la noche que se solucionan deambulando un rato. Al		
Noche	iniciarse de nuevo se administra calmante. Descansa bien la noche		J.R.
Mañana	Al alta, piensa ligeramente frío, hemiciego para con sensaciones y		
	respuestas a los estímulos. Cambio de apósito. Se cambia limpio. Se dan instrucciones sobre las autocuidados y se cita para consulta		C.D.
	para revisión y retirada de puntos de la herida		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)					ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)					Nombre <u>D.R.A.</u> Habitación <u>104</u> Cama <u>1</u>									
DIA <u>6.5.89</u>					7.5.89			8.5.89		9.5.89				10.5.89					
HORA					19	M	T	M	T	M	11	12	14	16	20	24	6	10	
50	250	140	40																
40	200	120	39																
30	150	100	38																
20	100	80	(37)																
10	50	60	36																
0	0	40	35																
R	P.A.	P	T#																
P. V. C.																			
FLUIDOTERAPIA					<p style="text-align: center;">← Fisiológico 500 c.c. →</p> <p style="text-align: right;">← Gluc. 200c →</p>														
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																		
	Cambios pos.																		
	Diuresis																		
	Peso																		
	Cura																		
	Aspiración																		
	Liquidos oral.																		
	Defecación																		
	Levantada																		
FIRMA DE LA ENFERMERA					P.G.V.	L.M.	P.G.V.	L.M.	P.G.V.	L.M.	C.G.	C.G.	C.G.	P.G.V.	P.G.V.	C.P.	C.P.	C.O.	

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>D.R.A.</u> Habitación <u>204</u> Cama <u>1</u>					
DIA 10.5.89				11.5.89									
HORA				14	18	20	9						
50	250	140	40										
40	200	120	39										
30	150	100	38										
20	100	80	(37)										
10	50	60	36										
0	0	40	35										
R	P.A.	P	Tª										
P. V. C.													
FLUIDOTERAPIA				Glucosa 100									
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.												
	Cambios pos. Levantada				X	X							
	Diuresis												
	Peso												
	Cura						X						
	Aspiración												
	Liquidos oral			300	200	100							
	FIRMA DE LA ENFERMERA			C.D.	M.S.	M.S.	C.D.						

PACIENTE: *M. R. A. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Parto normal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DE LA MUJER ENFERMERIA UNIDADES DE OBSTETRICIA	NOMBRE DE LA MUJER <u>M.R. A.M.</u> HABITACION <u>902</u> CAMA <u>7</u>
<u>INFORMACION DE INTERES</u>		
<u>DATOS SOCIO-CULTURALES</u> EDAD <u>30</u> ESTADO CIVIL <u>C</u> Nº DE HIJOS <u>2</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA <u>Madre de familia</u> PROFESION/OCCUPACION <u>Ama de casa</u> REGION <u>Católica (no practicante)</u> <input checked="" type="checkbox"/> HA RECIBIDO EDUCACION MATERNAL <u>NO</u> TIPO DE LACTANCIA QUE VA A DAR AL NIÑO <u>Natural</u> <input checked="" type="checkbox"/> DESEA TENER MAS HIJOS <u>No. Desea asistir a planificación faml.</u>	MOTIVO DEL INGRESO <u>PARTO SIMPLICEMENTE</u> HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>dos (anteriores partos)</u> ALERGIAS <u>No conocidas</u> GRUPO Y Rh <u>A +</u> PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>Ninguno</u> OTROS DATOS <u>Embarazo no deseado, peso no rechazado</u>	
<u>ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION</u>		
<u>RESPIRACION-ØXIGENACION</u> P.A. <u>130/80</u> PULSO RADIAL <u>84/m</u> FRECUENCIA CENTRAL _____ RESPIRACIONES _____ TEMPERATURA CORPORAL <u>36.3°C</u> <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO <input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO <input type="checkbox"/> ORTOPNEA <input type="checkbox"/> CIANOSIS OTROS DATOS <u>Fumadora de 6-7 cigarrillos diarios</u>	PESO _____ TALLA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDA <input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESHIDRATADA <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADA <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ RECHAZOS _____ DIFICULTADES _____ DIETA QUE SIGUE _____	

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL <i>cada dos días</i></p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <i>7-8 horas diarias</i></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA</p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <i>Bueno</i></p> <p>HABITOS <i>Ducha diario</i></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <i>TIPO <u>zapato del pie</u></i></p> <p>LOCALIZACION</p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILADA</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADA</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <i>Usa gafas para leer</i></p> <p>AUDICION <i>Normal</i></p> <p>TACTO <i>Normal</i></p> <p>GUSTO/OLFATO <i>Normal</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p>ESTADO DE LOS PEZONES <i>Ligamente planos</i></p> <p><i>En lactancias anteriores sin problemas</i></p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA</p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLA Y/O AYUDARLA</p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p><i>Conoce los cuidados preperinatales y del RN.</i></p> <p><i>por experiencias anteriores</i></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <i>30.3.89</i></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <i>V.V.</i></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"
 (Adscrita a la U.A.M.)

PLANIFICACION
 ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Nombre M. R. A. M.
 Habitación 902 Cama 1

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.		30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES de fondo uterino C/3 h.	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.		30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS M/T C/3 h.	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> Preparación física parto		30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> Aseo genitales M.T.	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <i>Habituales</i>	
			30.3.89	<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS (<i>anotar 1ª miccion</i>)	
			30.3.89	<input type="checkbox"/> PESO	
			30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Anotar compresas manchadas</i>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <i>Normal</i>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <i>Normal</i>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>M.R. A.M.</u> Habitación <u>902</u> Cama <u>1</u>							
DIA <u>30.3.89</u>				31.3.89				01.4.89							
HORA				9	13	16	18	24	10	18	M				
50	250	140	40												
40	200	120	39												
30	150	100	38												
20	100	80	37												
10	50	60	36												
0	0	40	35												
R	P.A.	P	T*												
P. V. C.															
FLUIDOTERAPIA															
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.														
	Cambios pos.														
	Diuresis					250	100								
	Peso														
	Cura														
	Aspiración														
	Liquidos oral.														
	Preparación	X													
	Física paño														
	Compresas usadas		xx		x	x	x	xx	xx	x					
Ejercicios Mh. JJ.					X	X	X								
Lavado obstetrico					X		X	X	X						
FIRMA DE LA ENFERMERA	V.V.	L.P.	L.P.	L.M.	L.A.	V.V.	L.M.	V.V.							

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre _____ Habitación _____ Cama _____			
DIA _____											
HORA											
50	250	140	40								
40	200	120	39								
30	150	100	38								
20	100	80	37								
10	50	60	36								
0	0	40	35								
R	P.A.	P	Tª								
P. V. C.											
FLUIDOTERAPIA											
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.										
	Cambios pos.										
	Diuresis										
	Peso										
	Cura										
	Aspiración										
	Liquidos oral.										
FIRMA DE LA ENFERMERA											

PACIENTE: *J. A. S.*

PROBLEMA DE SALUD: *Placenta previa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DE LA MUJER ENFERMERIA UNIDADES DE OBSTETRICIA	NOMBRE DE LA MUJER <u>J.A.S.</u> HABITACION <u>904</u> CAMA <u>2</u>
DATOS SÓCIO-CULTURALES EDAD <u>18</u> ESTADO CIVIL <u>C</u> Nº DE HIJOS <u>0</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA <u>Esposa</u> PROFESION/OCCUPACION <u>Estudios de E.G.B. / Ama de casa</u> RREGION _____ <input type="checkbox"/> HA RECIBIDO EDUCACION MATERNAL <u>NO</u> TIPO DE LACTANCIA QUE VA A DAR AL NIÑO <u>No lo ha decidido</u> <input type="checkbox"/> DESEA TENER MAS HIJOS	INFORMACION DE INTERES MOTIVO DEL INGRESO <u>OBSERVACION Y VIGILANCIA PLACENTA PREVIA</u> HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>No ha tenido</u> ALERGIAS <u>Ninguna conocida</u> GRUPO Y Rh <u>Solicitemos a laboratorio</u> PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>No tiene</u> OTROS DATOS _____	RESPIRACION-OXIGENACION P.A <u>115/70</u> PULSO RADIAL <u>84</u> FRECUENCIA CENTRAL _____ RESPIRACIONES _____ TEMPERATURA CORPORAL <u>36.2° C.</u> <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA _____ <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO _____ <input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO _____ <input type="checkbox"/> ORTOPNEA _____ <input type="checkbox"/> CIANOSIS _____ OTROS DATOS <u>Disfagia hemorragia vaginal</u> _____ _____ _____
ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION PESO <u>55 Kg.</u> TALLA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDA <input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESHIDRATADA <input type="checkbox"/> YDEMÁS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADA _____ <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ <u>Le gusta toda</u> RECHAZOS _____ DIFICULTADES _____ <u>Ninguna</u> DIETA QUE SIGUE _____ <u>Normal</u>	ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION PESO <u>55 Kg.</u> TALLA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDA <input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESHIDRATADA <input type="checkbox"/> YDEMÁS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADA _____ <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ <u>Le gusta toda</u> RECHAZOS _____ DIFICULTADES _____ <u>Ninguna</u> DIETA QUE SIGUE _____ <u>Normal</u>	ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION PESO <u>55 Kg.</u> TALLA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDA <input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESHIDRATADA <input type="checkbox"/> YDEMÁS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADA _____ <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ <u>Le gusta toda</u> RECHAZOS _____ DIFICULTADES _____ <u>Ninguna</u> DIETA QUE SIGUE _____ <u>Normal</u>

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECACION NORMAL <u>cada dos dias</u></p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>7 - 8 diarias</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Buena</u></p> <p>HABITOS <u>Ducha diaria</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR</p> <p>LOCALIZACION</p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILADA</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADA</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Normal</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p>ESTADO DE LOS PEZONES <u>Ligeramente invertido</u></p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Apasencia normal, Colaboradora.</u></p> <p>HABLA <u>Sin dificultad</u></p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLA Y/O AYUDARLA <u>Muñoz. La familia de ambos resi- de fuera de Madrid.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p><u>Respiracion que el embañaga ha sido desea- do, pero se encuentran angustiados por no saber cuidar al R.N.</u></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>5.4.88</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>g.A.</u></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>J.A.S</u> Habitación <u>904</u> Cama <u>2</u>
--	---	--

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEC	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> Posición semi-trendelemburg	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
5.4.88	Después de visita médica.		5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES c/3 h.	
	instruir a la pareja sobre el			<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
	cuidado del R.N.		5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS	
			5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> PESO Frecuencia feto 3v/d	
			5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> Anotar compresas manchadas	
				<input checked="" type="checkbox"/>	

INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Reposo en cama</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Normal</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)										Nombre <u>J.A.S.</u> Habitación <u>904</u> Cama <u>2</u>			
DIA				5.4.88					6.4.88					7.4			
HORA				12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	6
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	50	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	Tª														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis				200	100	200			400	100	150	200	325	90		400
	Peso																
	Compresas (Cura)						2 X		1 X	NO MANCHA - NO MANCHA							
	Aspiración																
	Liquidos oral.																
	Líquidos letales			130		128		128			126			132		130	
FIRMA DE LA ENFERMERA				J.A.	J.A.	L.L.	-L.L.	C.A.	C.A.	C.A.	J.A.	J.A.	J.A.	L.L.	L.L.	M.E.	M.E.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermeria)								Nombre <u>J. A. S.</u> Habitación <u>904</u> Cama <u>2</u>					
DIA				7. 4. 88				8. 4. 88									
HORA				9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T*														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis			200	150	100	200	150		400	150	150	200	200		250	
	Peso																
	Compresas (Curá)			NO	MANCHA		NO	MANCHA	NO	MANCHA	NO	MANCHA		NO	MANCHA		
	Aspiración																
	Liquidos oral.																
	Latidos Letales			130			126		126			132			140		136
FIRMA DE LA ENFERMERA				J.A.	J.A.	J.A.	L.L.	L.L.	M.E.	M.E.	M.E.	J.A.	J.A.	J.A.	L.L.	L.L.	C.A.

PACIENTE: *J. L. C. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Apendicitis aguda*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL NIÑO <u>ENFERMERIA</u> UNIDADES DE PEDIATRIA	NOMBRE DEL NIÑO <u>J. L. C. M.</u> HABITACION <u>408</u> CAMA <u>5</u>
<u>INFORMACION DE INTERES</u>		
<u>DATOS SOCIO-CULTURALES</u> SEXO <u>V</u> EDAD <u>8</u> Nº DE HERMANOS <u>2</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA <u>Segundo hijo</u> NOMBRE FAMILIAR <u>José Luis</u> ESCOLARIDAD <u>3º E. G. B.</u> PROFESION/OCUPACION DE LOS PADRES <u>Médical-Enfermera</u> RELIGION _____ OTROS DATOS DE INTERES _____	DIAGNOSTICO MEDICO <u>Apendicitis aguda</u> MOTIVO DEL INGRESO <u>Intervención quirúrgica</u> HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>No ha tenido</u> ALERGIAS <u>No conocidas</u> VACINAS <u>Liene puestas las correspondientes a su edad</u> PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>No tiene</u>	
<u>RESPIRACION-OXIGENACION</u>		
P.A. <u>90/50</u> PULSO ARTERIAL <u>84/lm</u> FRECUENCIA CENTRAL _____ RESPIRACIONES _____ TEMPERATURA CORPORAL <u>37.2º C.</u> <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO <input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO <input type="checkbox"/> ORTOPNEA <input type="checkbox"/> CIANOSIS OTROS DATOS _____	<u>ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION</u> PESO _____ TALLA _____ PERIMETROS _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ RECHAZOS _____ TOMA: <input type="checkbox"/> BIBERONES <input type="checkbox"/> PAPILLAS <input type="checkbox"/> ALIMENTOS TRITURADOS <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTOS ENTEROS DIETA QUE SIGUE _____ OTROS DATOS <u>Vómitos constantes desde ayer noche</u>	

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> EFECACION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p>CONTROL DE ESFINTERES _____</p> <p>NORMALMENTE UTILIZA _____</p> <p>COMO PIDE ELIMINAR _____</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>12 horas</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p><input type="checkbox"/> TERRORES NOCTURNOS</p> <p>DUERME CON ALGUN OBJETO ESPECIAL _____</p>	<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS _____</p>
<p><u>HABITOS-COSTUMBRES</u></p> <p><input type="checkbox"/> UTILIZA CHUPETE</p> <p>HABITOS DE ASEO <u>Baño diario al acostarse</u></p> <p>JUEGA: <input type="checkbox"/> SOLO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CON OTROS NIÑOS y hermanos</p> <p>TIENE ALGUN JUGUETE PREFERIDO _____</p> <p>OTROS HABITOS _____</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>57</u> TIPO <u>Óptico</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Abdominal</u></p> <p>INTENSIDAD _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBLADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Normal</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> MUGUET</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS _____</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p><input type="checkbox"/> DERMATITIS DE PAÑAL</p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Apaciblemente tranquilo</u></p> <p>HABLA <u>Sin dificultad</u></p> <p>ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL INGRESO _____</p> <p>ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL INGRESO <u>Señalada colaboración</u></p> <p>DISPONIBILIDAD DE LOS PADRES PARA VISITARLO <u>La madre permanece con el niño</u></p> <p>OTROS DATOS _____</p>
<p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>4. 4. 89</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>E.D.A.</u></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>Jules Cullin</u> Habitación <u>405</u> Cama <u>5</u>
--	---	---

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
<u>7.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CURA <u>Al alta</u>			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Vigilar apósito</u>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/4 h.</u>	<u>5.4.89</u>
			<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	<u>5.4.89</u>
				<input type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
				<input type="checkbox"/>	

INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Según protocolo</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Según protocolo</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

EVOLUCION - EVALUACION
NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
4.489	Ingresa por cuadro apendicular agudo a las 12 horas. Se prepara para		
12,00 h.	intervención quirúrgica (según protocolo)		
13,00 h.	Se traslada a quirófano.		
14,30 h.	Llega a la habitación procedente de quirófano. Despierta. Responde a		
	estímulos. Muy inquieto. Se queja de dolor. Signos vitales en valores		E.D.A.
	normales.		
Tarde	Descansa bien. Primera micción sin dificultad. A las 18,00 h. tiene un		
	vómito. Signos vitales mantenidos en valores normales.		M.T.B.
5.4.89	A las 02,00 administración de calmante por dolor. Se queda dormido a		
Noche	las 4,5 minutos de la administración.		G.M.M.
Mañana	Tolera líquidos orales. Se levanta durante 30 minutos. Apósito sin		
	manchas.		E.D.A.
Tarde	Continúa tolerando líquidos. Deambula durante unos minutos. No dolor,		
	no timpanismo. Expulsión de gases sin dificultad.		M.T.B.
6.4.89	Duerme y descansa bien. Continúa expulsando gases. No timpanismo		
Noche			P.M.H.
Mañana	Tolera dieta blanda. Deambulación progresiva. Fiebre cula		
Tarde	Sin fiebre. Levantado y deambulando durante 4 horas. Merienda y cena		
	con apetito. Continúa expulsando gases sin dificultad.		M.T.B.
7.4.89	Descansa bien. A las 11,00 h. manifiesta que tiene apetito. Se le pro-		
Noche	porciona leche con galletas que come bien.		G.M.M.
Mañana	Ha sido dado de alta a petición del padre al recuperarse el niño nor-		
	malmente. Se cambia apósito. Herida con aspecto desahado. Será cuida-		
	do por la madre.		E.D.A.
Tarde	ALTA. Abandona el hospital a las 17,00 h. A las 15,30 hizo deposición.		M.T.B.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>J.L. C.M.</u> Habitación <u>405</u> Cama <u>5</u>					
DIA <u>4.4.89</u>				5.4.89								6.4.89					
HORA				12	13	14,30	16	18	22	2	6	10	14	18	24	M	T
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T ^a														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA				<p style="text-align: center;">← Fisiológico 500 →</p>													
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis							150	100	200							
	Peso																
	Cura																
	Aspiración																
	Líquidos oral.											50	50 / 50	75			
FIRMA DE LA ENFERMERA				E.D.A.	E.D.A.	E.D.A.	M.T.B.	M.T.B.	M.T.B.	G.M.M.	G.M.M.	E.D.A.	E.D.A.	M.T.B.	P.M.H.	E.D.A.	M.T.B.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>J.L. C.M.</u>			
								Habitación <u>405</u> Cama <u>5</u>			
DIA <u>7.4.89</u>											
HORA				M	T						
50	250	140	40								
40	200	120	39								
30	150	100	38								
20	100	80	37								
10	50	60	36								
0	0	40	35								
R	P.A.	P	T*								
P. V. C.											
FLUIDOTERAPIA											
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.										
	Cambios pos.										
	Diuresis										
	Peso				A						
	Cura				A	L	T				
	Aspiración				A						
	Liquidos oral.										
FIRMA DE LA ENFERMERA				C.D.A.	M.T.B.						

PACIENTE: *L. M. C.*

PROBLEMA DE SALUD: *Bronconeumonía*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"

(Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)

DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL NIÑO

ENFERMERIA

UNIDADES DE PEDIATRIA

NOMBRE DEL NIÑO L.M.C.

HABITACION 408 CAMA C

DATOS SOCIOCULTURALES

SEXO V EDAD 6 Nº DE HERMANOS 2

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA Segundo hijo

NOMBRE FAMILIAR Luisito

ESCOLARIDAD E.G.B.

PROFESION/OCCUPACION DE LOS PADRES Cantable/ ama de casa

RELIGION De los padres, católica no practicante

OTROS DATOS DE INTERES

INFORMACION DE INTERES

DIAGNOSTICO MEDICO BRONCONUMONIA

MOTIVO DEL INGRESO Inatamiento médico

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

ALERGIAS Ninguna conocida

VACUNAS Tiene puestas las correspondientes a su edad

PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO

RESPIRACION-OXIGENACION

P/A PULSO ARTERIAL 138/m FRECUENCIA CENTRAL

RESPIRACIONES 35/m TEMPERATURA CORPORAL 39.0 C

DIFICULTAD RESPIRATORIA

DISNEA DE ESFUERZO

DISNEA DE REPOSO

ORTOPNEA

CIANOSIS Ligera en aletas nasales

OTROS DATOS Secacciores nasales

ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION

PESO TALLA PERIMETROS

NUTRIDO DELGADO DEFICIENTE NUTRICION

DESNUTRIDO OBESO EXAGERADA OBESIDAD

HIDRATADO DESHIDRATADO EDEMAS

HIPERHIDRATADO

BUEN APETITO INAPETENTE

APETENCIAS Le gusta mucho las patatas y la carne

RECHAZOS

TOMA: BIBERONES PAPANAS

ALIMENTOS TRITURADOS ALIMENTOS ENTEROS

DIETA QUE SIGUE

OTROS DATOS

<p>EL JINIVACION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECACION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p>CONTROL DE SFINTERES <u>SI Vesical y anal</u> <i>de dia y de noche</i></p> <p>NORMALMENTE UTILIZA <u>W.C.</u></p> <p>COMO PIDE ELIMINAR <u>Es autónomo</u></p>	<p>DESCANSO-SUEÑO</p> <p>HORAS QUE DUEME <u>10-11</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p><input type="checkbox"/> TERRORES NOCTURNOS</p> <p>DUEME CON ALGUN OBJETO ESPECIAL</p>	<p>ACTIVIDAD MOTORA</p> <p><input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS <u>Movimientos dificultados</u> <i>por el dolor</i></p>	
<p>HABITOS-COSTUMBRES</p> <p><input type="checkbox"/> UTILIZA CHUPETE</p> <p>HABITOS DE ASEO <u>Baño diario antes de dormir</u></p> <p>JUEGA: <input type="checkbox"/> SOLO <input checked="" type="checkbox"/> CON OTROS NIÑOS</p> <p><input type="checkbox"/> CON ADULTOS</p> <p>TIENE ALGUN JUGUETE PREFERIDO</p> <p>OTROS HABITOS</p>	<p>SEGURIDAD-BIENESTAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>SI</u> TIPO <u>no sabe describirlo</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Hemitorax izquierdo</u></p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Buena</u></p> <p>AUDICION <u>Buena</u></p> <p>TACTO <u>Buena</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Buena</u></p> <p><input type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL SECA <u>Ligera</u></p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p><input type="checkbox"/> MUGUET</p> <p><input type="checkbox"/> DERMATITIS DE PAÑAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p>	<p>COMUNICACION-RELACION</p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA</p> <p>ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL INGRESO <u>Rechazo</u></p> <p>ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL INGRESO</p> <p>DISPONIBILIDAD DE LOS PADRES PARA VISITARLO</p> <p>OTROS DATOS <u>Llena continuamente y llama a</u> <i>su madre.</i></p>	
<p>OTRAS OBSERVACIONES</p>			<p>FECHA DE LA VALORACION <u>2.2.88</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>L.P.</u></p>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>L.M.C.</u> Habitación <u>402</u> Cama <u>C</u>
--	---	---

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA <u>si t^a 38^o C</u>	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE. <u>Si necesi</u>			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.		2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO		2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/3h</u>	6.2.88
			2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	6.2.88
				<input type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
				<input type="checkbox"/>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Reposo en cama</u>	5.2.88		<input type="checkbox"/> ALERGICO	
2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Liquidos 1.500 c.c.</u>	3.2.88		<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

T R A T A M I E N T O M E D I C O

FECHA	M E D I C A C I O N	H O R A S														
		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24			
2.2.88	GENTAMICINA 20 Mqs. I.M. c/ 12 h. (8 - 20)												M.S. X			
	FLUJMSICIL 2gr. oral c/ 8 h. (8- 16- 24)											M.S. X			A.P. X	
	TYLENOL 250 mqs. rectal si precisa (tª 39°C)											M.S. X				
3.2.88	GENTAMICINA (igual)				L.P. X								M.S. X			
	FLUJMSICIL (igual)				L.P. X							M.S. X			S.S. X	
	TYLENOL (igual)											M.S. X				
4.2.88	GENTAMICINA (igual)				L.P. X									E.M. X		
	FLUJMSICIL (igual)				L.P. X							E.M. X			A.P. X	
	TYLENOL (igual)															
5.2.88	GENTAMICINA (igual)				L.P. X									E.M. X		
	FLUJMSICIL (igual)				L.P. X							E.M. X			S.S. X	
	TYLENOL (igual)															
6.2.88	GENTAMICINA (igual)				M.S. X									E.M. X		
	FLUJMSICIL (igual)				M.S. X							E.M. X				L.L. X
	TYLENOL (igual)															
7.2.88	GENTAMICINA (igual)				M.S. X									E.M. X		
	FLUJMSICIL 2 gr. oral c/12 horas				M.S. X									E.M. X		

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
2.2.88	INGRESA procedente de urgencias a las 12,00 horas.		
15.00 h.	Respiraciones de 28/m. pulso 116/m. Tª 37,8º C, gasometria en valores normales. No signos. Tolera líquidos. Rechaza al personal sanitario.		L.P.
Tarde	Pico febril a las 17.00 h. con taquicardia y taquipnea. Desaparece a los 45' de la administración de antipirético. Tolera líquidos. Aspiración de secreciones nasales.		M.S.
3. 2. 88	Durante la noche descansa tranquilo. No dolor. Disminución de secreciones nasales. Una aspiración durante la noche.		A.P.
Mañana	Febriícula. No cianosis. Disminución de secreciones. Tolera líquidos y alimentos blandos.		L.P.
Tarde	Pico febril a las 18,00 H. Desaparece a los 30' de administrar antipirético. No manifiesta dolor.		M.S.
4. 2. 88	Descansa durante toda la noche.		S.S.
Mañana	Tranquilo. Disminuye la dificultad de movimientos. Signos vitales en valores normales. No dolor. Tolera alimentación. Se muestra más comunicativo con el personal de enfermería.		L.P.
Tarde	Pasa la tarde tranquilo. Muestra deseos de levantarse.		E.M.
5. 2.88	Pasa la noche durmiendo.		A.P.
Mañana	Se levanta a un sillón durante 2 horas. Deambula unos metros. Afable y comunicativo. Visible mejoría. Se realiza R.X. tórax.		L.P.
Tarde	Se levanta durante 3 horas. No fatiga ni cansancio. Merienda y cena bien. Defecación normal.		E.M.
6.2. 88	Descansa bien. Durante la noche no ha tenido acompañante. Adaptado.		S.S.
Mañana	LEVANTADO GRAN PARTE DE LA MAÑANA. Se relaciona con otros niños. Come bien. El médico comunica a la madre que de seguir la mejoría será dado de alta el día 7.		M.S.
Tarde	Continúa igual. Sin signos negativos que reseñar.		E.M.
7.2.88.	Noche.- Descansa bien.		L.L.
Mañana	Continúa bien. Se solicitan análisis y R.X. para informe de alta.		M.S.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermeria)								Nombre <u>L.M.C.</u> Habitación <u>402</u> Cama <u>C</u>					
DIA				2.2.88								3.2.88				4.2.	
HORA				12	15	17	18	22	24	8	12	16	18	19	22	24	8
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	Tª														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis				150	100	100		50	75	100	100	80			150	250
	Peso																
	Cura																
	Aspiración nasal				X		X	X									
	Liquidos oral			50	100	100	150		100	125	100	150	100	75		100	150
FIRMA DE LA ENFERMERA				L.P.	L.P.	M.S.	M.S.	M.S.	A.P.	L.P.	L.P.	M.S.	M.S.	M.S.	A.P.	S.S.	L.P.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>L.M.C.</u> Habitación <u>402</u> Cama <u>C</u>					
DIA <u>4.2.88</u>				5.2.88				6.2.88			7.2.88		8.2.8				
HORA				12	16	20	24	M	T	M	T	23	M	T	9	15	
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T ^a														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis			100	150	175	80	175/75	75/200	300	250	75					
	Peso																
	Cura																
	Aspiración																
	Liquidos oral			300		400	100	400	500	450	400	150	175	450			
	Baño tibio				X												
FIRMA DE LA ENFERMERA				L.P.	E.M.	E.M.	A.P.	L.P.	E.M.	M.S.	E.M.	L.L.	M.S.	E.M.	M.S.	M.S.	

PACIENTE: S. R. M.

PROBLEMA DE SALUD: *Dificultad respiratoria severa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Geriátrica*

<p>INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)</p>	<p>DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS</p>	<p>NOMBRE DEL ENFERMO <u>S. R. M.</u> HABITACION <u>127B</u> CAMA <u>2</u></p>
<p>DATOS SOCIO-CULTURALES</p> <p>SEXO <u>M</u> EDAD <u>76</u> ESTADO CIVIL <u>V.C. Casado</u></p> <p>Nº DE HIJOS <u>1</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA</p> <p>PROFESION/OCUPACION <u>Funcionario jubilado</u></p> <p>RELIGION</p> <p>OTROS DATOS DE INTERES</p>	<p>INFORMACION DE INTERES</p> <p>DIAGNOSTICO MEDICO <u>NEUMONIA DE ALTO RIESGO</u></p> <p>MOTIVO DEL INGRESO <u>SINDROME FEBRIL, DISNEA MUY ACENTUADA</u></p> <p>HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>NO RECIBIENDO</u></p> <p>ALERGIAS <u>NO SE LE CONOCE</u></p> <p>PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO</p>	<p>RESPIRACION-OXIGENACION</p> <p>P. A. <u>125/90</u> PULSO RADIAL <u>138/m</u> FRECUENCIA CENTRAL</p> <p>RESPIRACIONES <u>30/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>40.5º C.</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORTOPNEA</p> <p><input type="checkbox"/> CIANOSIS</p> <p>OTROS DATOS <u>RESERVACION ABDOMINAL-BIOPACOMETRICA</u></p>
<p>ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION</p> <p>PESO <u>52 K.</u> TALLA <u>165 cm.</u></p> <p><input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input checked="" type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION</p> <p><input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS</p> <p><input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO</p> <p><input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input checked="" type="checkbox"/> INAPETENTE</p> <p>APETENCIAS <u>Pisaca, pescados, zumos</u></p> <p>RECHAZOS <u>Lacteos principalmente</u></p> <p>PROTESIS <u>Completa no adaptada</u></p> <p>DIFICULTADES <u>En la masticación</u></p> <p>DIETA QUE SIGUE</p>	<p>RESPIRACION-OXIGENACION</p> <p>P. A. <u>125/90</u> PULSO RADIAL <u>138/m</u> FRECUENCIA CENTRAL</p> <p>RESPIRACIONES <u>30/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>40.5º C.</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORTOPNEA</p> <p><input type="checkbox"/> CIANOSIS</p> <p>OTROS DATOS <u>RESERVACION ABDOMINAL-BIOPACOMETRICA</u></p>	<p>ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION</p> <p>PESO <u>52 K.</u> TALLA <u>165 cm.</u></p> <p><input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input checked="" type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION</p> <p><input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS</p> <p><input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO</p> <p><input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input checked="" type="checkbox"/> INAPETENTE</p> <p>APETENCIAS <u>Pisaca, pescados, zumos</u></p> <p>RECHAZOS <u>Lacteos principalmente</u></p> <p>PROTESIS <u>Completa no adaptada</u></p> <p>DIFICULTADES <u>En la masticación</u></p> <p>DIETA QUE SIGUE</p>

<p>ELIMINACION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p>OTROS DATOS</p>	<p>DESCANSO-SUEÑO</p> <p>HORAS QUE DUERME <u>9 - 10 horas por la noche</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIESTA <u>3 horas</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS <u>BUOLPZIZ</u></p> <p><u>RECHVSOZ</u></p>	<p>ASEO PERSONAL</p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Bueno</u></p> <p>HABITOS <u>Baño una vez por semana; aseo diario.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p>ACTIVIDAD MOTORA</p> <p><input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ADINAMICO <u>por deterioro físico</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL <u>por disnea</u></p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p>OTROS DATOS</p>	<p>SEGURIDAD-BIENESTAR</p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR</p> <p>LOCALIZACION</p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILIDO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Usa gafas para leer</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p><u>En piel de la espalda</u></p>	<p>COMUNICACION-RELACION</p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA</p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>Participativamente esposa e hija que disponer de bastante tiempo.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p>OTRAS OBSERVACIONES</p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>01.12.87 (20 horas)</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>E.M. Lafameasa</u></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adecrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>S.R.M.</u> Habitación <u>1214</u> Cama <u>2</u>
--	---	--

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA <u>Diario</u>	
1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR. <u>C/ 3 h.</u>			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO		1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL		1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		1.12.87	<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN ESCARAS EN 3 T.	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/ 2h.</u>	
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
			1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> NIVEL DE CONCIENCIA	
			3.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> GLUCEMIA ANTES DE D.C.CN.	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Reposo en cama</u>	4.12.87		<input type="checkbox"/> ALERGICO	
1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Por tumix</u>		3.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

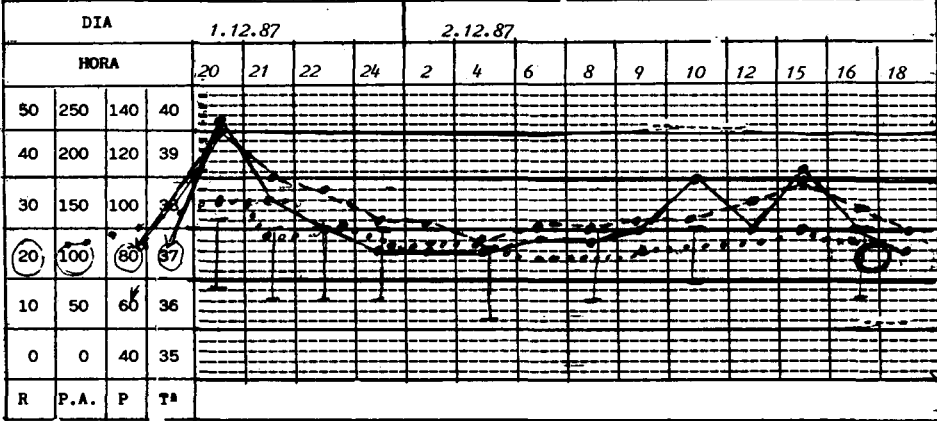
NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	PROBLEMAS Y COMENTARIOS	FIRMA
1.12.87 20 h.	Febtil, disneico, manifiesta la familia que se encuentra desorientado.	Ingres a las 20 horas. Se realiza Rx. torax y E.C.G. PROBLEMAS: Dificultad respiratoria Potencial aparici3n de ceras de decubito	P.M.
2.12.87 Noche	Muy nervioso. Disminuci3n de la disnea. No fiebre.	Duerme poco.	B.C.
Mañana	Disnea de esfuerzo. No de reposo. Fiebra. Mantiene piel integra. Sin signos de deshidrataci3n.	Rechaza parte de los alimentos. Ex-- tracci3n de sangre y orina para ana- lisis de rutina.	E.C.
Tarde	Pico febril con tiritona y disnea	Come poco de lo que se le ofrece	P.M.
3-12-87 Mañana	No disnea ni fiebra. Piel integra. No disnea ni fiebre. Elevada glu- cosa en sangre y orina. Expectora- cion bien y clara.	Duerme bien (Noche) PROBLEMA: Potencial desequilibrio me- tabolico.	B.C.
Tarde	Merienda y cena bien. Pico febril	sin tiritona ni disnea.	P.M.
4.12.87 Noche		Descansa bien.	F.G.
Mañana TARDE	Glucosa en limites normales. Sin signos significativos.	Levantado a un sill3n tres horas. Duerme siesta. Levando sill3n 2 h.	E.C. E.M.
5.12.87		Duerme bien durante la noche.	B.C.
Mañana Tarde	Sin nada que reserñe negativo. Continua igual. Nada negativo.	Se levanta durante 3 horas. Sentado en sill3n 3 horas.	P.M. E.M.
6.12.87 Mañana	Duerme y descansa bien durante toda la noche. Continua igual.	ALTA con incapacidad parcial para el autocuidado. Ser3 atendido en casa por su hija que conoce los cuidados que necesita.	M.G. P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"
 (Adscrita a la U.A.M.)

ACCIONES EJECUTADAS
 (Enfermería)

Nombre S. R. M.
 Habitación 121B Cama 2



P. V. C.

FLUIDOTERAPIA

PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.		X	X	X		X		X		X		X		X	
	Cambios pos.															
	Diuresis				150				150		50				150	
	Peso															
	Cura															
	Aspiración															
	Liquidos oral.		100		25	150	50		25	200		200				25
	Prevención de úlceras				X						X				X	

FIRMA DE LA ENFERMERA

P.M. P.M. P.M. B.C. B.C. B.C. B.C. B.C. E.C. E.C. E.C. E.C. P.M. P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>S.R.M.</u> Habitación <u>1214</u> Cama <u>2</u>							
DIA				2.12.87								3.12.87				4.12.87			
HORA				20	24	2	4	8	9	14	16	18	21	24	2	8	9		
50	250	140	40																
40	200	120	39																
30	150	100	38																
20	100	80	37																
10	50	60	36																
0	0	40	35																
R	P.A.	P	Tª																
P. V. C.																			
FLUIDOTERAPIA																			
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.	X	X						X	X	X			X		X			
	(Cambios pos) Levantado															X			
	Diuresis	200				200	175			100	75			50		175			
	Peso																		
	Cura																		
	Aspiración																		
	Liquidos oral	75	150			100	200				150			100		200			
	Prevencion de úlceras	X								X				X		X			
Glucemia									130	120			90		90				
FIRMA DE LA ENFERMERA				P.M.	B.C.	B.C.	B.C.	B.C.	E.C.	E.C.	P.M.	P.M.	P.M.	F.S.	F.S.	F.S.	E.C.		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>S.R.M.</u> Habitación <u>1214</u> Cama <u>2</u>					
DIA				4. 12. 87				5. 12. 87				6. 12. 87					
HORA				14	16	18	20	24	2	8	14	16	20	24	2	8	10
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T ^a														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.	X			X				X	X		X		X	X		
	(Cambios pos) Sentado	X		X	X				X	X		X					
	Diuresis	75		100					100	75		200		75			
	Peso																
	Cura																
	Aspiración																
	Liquidos oral	200		200	300				200	300		300		25	200		
	Prevención úlceras				X				X	X		X					
	Glucemia	100			90				80	80		90			90		
FIRMA DE LA ENFERMERA				E.C.	E.M.	E.M.	E.M.	B.C.	B.C.	P.M.	P.M.	E.M.	E.M.	M.S.	M.S.	P.M.	P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre _____ Habitación _____ Cama _____			
DÍA											
HORA											
50	250	140	40								
40	200	120	39								
30	150	100	38								
20	100	80	37								
10	50	60	36								
0	0	40	35								
R	P.A.	P	T#								
P. V. C.											
FLUIDOTERAPIA											
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisic. Respi.										
	Cambios pos.										
	Diuresis										
	Peso										
	Cura										
	Aspiración										
	Liquidos oral.										
FIRMA DE LA ENFERMERA											

FUENTES DE APOYO Y CONSULTA

BIBLIOGRAFIA

- ABAD BERNARDO, M. A., y cols.: *Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1981.
- ALBERDI CASTELL, R. M., y cols.: *Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1983.
- ALBERDICASTELL, R. M., y cols.: *Administración. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1984.
- ANTO BOQUE, J. M., y cols.: *Salud Pública. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1982.
- CAMPBELL, C.: *Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos*. Doyma. Barcelona, 1987.
- CARPENITO, L. B.: *Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana-McGraw Hill. Madrid, 1987.
- CUESTA BENJUMENA, C., y cols.: *Atención directa de Enfermería. Conceptos generales y procedimientos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1987.
- DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION SANITARIA: *Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- DONAHUE, M. P.: *Historia de la Enfermería* (vols. I, II y III). Doyma. Barcelona, 1987.
- ESCUELA DE ENFERMERIA «LA PAZ»: *Principios, funcionamiento y plan de estudios*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1988.
- GARCIA MARTIN-CARO, C.: *Propuesta de reforma del Plan de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería del Insalud. I Jornadas Nacionales de Enfermería*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1987.
- HENDERSON, V.: *Principios básicos de los cuidados de Enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra, 1971.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J., y BERNOCCHI-LOSEY, D.: *Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería*. Interamericana-MacGraw-Hill. Madrid, 1988.
- KERSHAW, B., y SALVAGE, J.: *Modelos de Enfermería*. Doyma. Barcelona, 1988.
- MURGA Y SERRE, J., y FACIO ARRIBAS, M.: *Patología quirúrgica*. Publicaciones Murga. Madrid, 1959.
- OREM, D. E.: *Normas prácticas de Enfermería*. Pirámide. Madrid, 1983.

PIEDROLA GIL, y cols.: *Medicina preventiva y salud pública*. 8.^a edic. Salvat. Barcelona, 1989.

POLETTI, R.: *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales*. Ediciones ROL. Barcelona, 1980.

SEXTAS SESIONES DE TRABAJO DE LA A.E.E.D.: *La Enfermería en el sistema de salud*. Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid, 1985.

YURA, H, y WALSH, M.: *El proceso de Enfermería. Valoración, planificación, implementación y evaluación*. Alhambra. Madrid, 1982.

ENCICLOPEDIOS

El Gran Larousse de la Medicina (vols. 1, 2, 3, y 4). Noguer, Rizzoli, Larrousse. Barcelona, 1977.

Universitas (tomos 2, 5, 7, 11 y 14). Salvat Editores. Barcelona, 1971.

DOCUMENTOS DIVULGADOS

CANALES, F.; ALVARADO, E., y PINEDA, E.: *Metodología de la investigación*. Publicación Pasccap. OPS, 1984.

ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA. Departamento de Enfermería Comunitaria.: *Atención sanitaria en la ancianidad*. Barcelona, curso 1980/81.

REVISTAS

GARCIA MARTIN-CARO, C.: *Cuidados de Enfermería. Qué son y qué no son*. Escuela de Enfermería. vol. 3, núm. 4 (págs. 22 y 23). Madrid, octubre 1987.

L'ENFANT EN MILIEU TROPICAL (Especial núms. 117-118): *El niño y su ambiente social*. Centro Internacional de la Infancia. París, 1979.

REVISTAS NURSING: edición en español. Años 1983, 84, 85, 86, 87 y 88.

DOCUMENTOS INEDITOS

AGUILERA NUÑEZ, N.: *Formación básica en Enfermería*. Ponencia de las Jornadas de Enfermería del Cincuentenario de la Fundación Marqués de Valdecilla. Santander, agosto 1980.

ALBI GARCIA, J., y NICOLAS DUEÑAS, M.: *Programa de necesidades y cuidados básicos*. Exposición de trabajo en las Primeras Jornadas de Enfermería Fundamental. Barcelona, septiembre 1988.

NICOLAS DUEÑAS, M.: *Marco conceptual y modelos de enfermería*. Cursos de reciclaje para la docencia de enfermería. Madrid, septiembre, 1988.

