

Nombre de alumno: Fátima Montserrat
Cruz Hernández

Nombre del profesor: Nancy Domínguez

Nombre del trabajo: PAE Alzheimer

Materia: Enfermería gerontogeriatrica

Grado: Sexto

Grupo:

PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

Es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas.

SINTOMAS Y SIGNOS

Cognitivos: deterioro mental, dificultad para pensar y comprender, confusión, confusión en las horas de la tarde, delirio, desorientación, dificultad para concentrarse, incapacidad para crear nuevos recuerdos, incapacidad para hacer operaciones matemáticas sencillas, incapacidad para reconocer cosas comunes, invención u olvido

Comportamiento: agitación, agresión, cambios de personalidad, deambular y perderse, dificultad con el cuidado personal, falta de autocontrol, irritabilidad o repetición sin sentido de palabras propias

Estado de ánimo: altibajos emocionales, apatía, descontento general, enfado o soledad

Psicológicos: alucinación, depresión o paranoia

También comunes: habla confusa, incapacidad para combinar movimientos musculares o pérdida de apetito

CLASIFICACION

Se separan en tres categorías diferentes: enfermedad de Alzheimer leve, enfermedad de Alzheimer moderada y enfermedad de Alzheimer grave. Tenga en cuenta que puede ser difícil ubicar a una persona con Alzheimer en una etapa específica, ya que las etapas se superponen.

TEORIA DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON Y LAS 14 NECESIDADES

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. En el año 1922 inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, ya que en pacientes con accidente cerebro vascular hemorrágico no podrán realizar los autocuidados correspondientes; causando independencia total y el soporte vital básico dependiendo del grado de complejidad patológica.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística dirigida a la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales para un adecuado cuidado integral de la salud:

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5º.- Descansar y dormir.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7º.- Mantener la temperatura corporal.

8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Todos estos cuidados acordes a las necesidades permitirán suplir el déficit de vital del sujeto hospitalizado en área crítica y permitirle poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales durante la estadía hospitalaria y posteriormente en su hogar.

Los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona en estos casos se observa el estímulo continuado y la participación tanto del equipo multidisciplinario como de la familia en pleno.

Por último, cabe resaltar que Virginia Henderson planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

APLICACIÓN DEL PAE- EBE

1.FASE DE VALORACION

Datos de filiación;

- Nombre del paciente : A H M
- Sexo : femenino
- Etapa de vida : Adulto Mayor
- Edad Cronológica : 68 años
- Lugar de nacimiento : Ixtacomitán, Chiapas
- Fecha de nacimiento : 10 de junio 1953
- Grado de Instrucción : Primaria Completa
- Ocupación : Ama de casa
- Estado Civil : Casado
- Religión : católico
- Número de Asegurado
- Cama :
- Fecha de Ingreso a UCI :
- Fecha de Valoración : 30 de julio del 2021
- Domicilio : Centro Ixtacomitán
- Responsable : xxxxxxx (hija)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

- cáncer de mama
- diabetes mellitus tipo II
- fibrilación auricular
- HTA
- Hiperlipidemia
- varices.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

- Padre – muerte por paro cardiorrespiratorio
- Madre – Muerte por Diabetes Mellitus no controlada

MOTIVO Y RELATO DE INGRESO

Paciente femenina de 68 años de edad, acompañada por sus familiares, con deterioro cognitivo progresivo de hace aproximadamente 4 años de evolución y diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer hace 3 años, inicio con trastornos episódicos de la memoria reciente, trastornos en el carácter con la habilidad emocional, tendencia a la depresión e irritabilidad emocional, posteriormente ha evolucionado presentado mayor grado de amnesia. Se plantea su ingreso hospitalario por presentar vagabundeo y episodios de agitación y elevado grado de ansiedad, además de presentar estreñimiento, por estos motivos se acude al hospital el día 30 de julio de 2021. Sus signos vitales fueron de Presión arterial: 140/70 mm Hg. Respiración: 12 respiraciones por minuto. Pulso: 96 latidos por minuto. Evidenciaba disminución de fuerza muscular, asimetría facial predominancia izquierda, Glasgow 12/15 puntos; se le saco TEM cerebral; evidenciando HSD parietal izquierda, desviación de línea media y colapso parcial de ventrículo. Evolución desfavorable, cayendo Glasgow 8/15 puntos.

DIAGNOSTICOS MEDICOS ACTUALES

- seudodemencias (depresión, tóxicos),
- delirio y estados confusionales,
- retraso mental, psicosis (esquizofrenia, trastorno bipolar)
- Desequilibrios nutricionales

SITUACION PROBLEMÁTICA

Paciente de sexo femenino con diagnóstico de Alzheimer, y recientemente alteraciones intestinales, debido a su enfermedad no tiene la suficiente deambulación y tiende al sedentarismo, familiar refiere que el paciente presenta dolor al caminar. Presenta pérdida de memoria más marcada para acontecimientos recientes que remotos, ansiedad, falta de atención y concentración. Tristeza y sentimientos depresivos. Presentando desnutrición y deshidratación, aunque la coloración en piel y mucosas es normal. En extremidades conserva fuerza y sensibilidad, pero inhibición en la expresión articular presentando lentitud en los gestos.

Control de Funciones Vitales en la Valoración:

Presión Arterial	140 / 70 mmHg
Presión Arterial Media	91.3 mmHg
Frecuencia Cardiaca	96 por minuto
Frecuencia Respiratoria	12 por minuto (oscilante)
Temperatura (axilar)	36.6° C
Saturación de Oxígeno	93%

VALORACION FISICA

Cabeza: Su postura y alineación en relación al resto del cuerpo es correcta.

Cara: Simétrica, ovalada, volumen proporcional al resto del cuerpo, temperatura de acuerdo al resto del cuerpo. Movimientos faciales simétricos, presencia de movimientos involuntarios. Arteria temporal palpable. Ningún dolor facial a palpación.

Ojos: se observa ojos simétricos con posición y bien alineados, cejas con distribución uniforme y equivalentes en ambas presencias de canas, aunque no en su totalidad. Pestañas: distribuidas equivalentemente en ambos ojos, se detecta lagrimeo en los ojos, cierre simétrico en parpados bilateral. Se observa esclerótica superior e inferior de color rojo, sin dolor alguno, conjuntivas lisas. Se observa el cristalino rojo en ambos ojos, cornea se observa la circunferencia blanca, cornea abombada, pupilas de color negro, isocóricas, pupilas se contraen buena reacción de acercamiento, las pupilas se dilatan con la luz, el paciente parpadea cuando se toca la córnea eso nos indica que el nervio trigémino está intacto.

Nariz: Se observa nariz centrada y simétrica, de tamaño mediano y recta, a palpación de nariz la sensibilidad es indolora no hay presencia de masas, con fosas nasales permeables mucosa rosa con presencia de secreción (por resfriado) y ausencia de lesiones, tabique nasal recto en línea media e intacto. A palpación de senos paranasales no hay presencia de dolor. De forma alargada, manchas en la piel, y presencia del aleteo nasal. Buena permeabilidad en ambas cavidades.

Oídos: A inspección se muestra pabellones auriculares simétricos e íntegros, proporcionales al resto del cuerpo, a palpación firme e indolora, consistencia cartilaginosa y temperatura adecuada. La agudeza auditiva del paciente escucha los tonos de la voz normal.

Boca: labios delgados, textura blanda es capaz de fruncir labios. Mucosa bucal rosa, lisa, blanda y húmeda. Los dientes de color marrón con presencia de caries, y hubo una extracción de la

dentadura inferior. Lengua en posición frontal, simétrica, color rosa de tamaño proporcional, a palpación indolora, el movimiento es libre.

Cuello: cilíndrico y simétrico, temperatura regular, movimiento de cabeza: movimientos continuos y coordinados, desplaza el mentón hacia el tórax. Ausencia de masas o algún dolor, tráquea alineada, a inspección no es visible la glándula tiroides.

Tórax y Pulmones: Se observa tórax simétrico, columna vertebral recta, los hombros y caderas están a la misma altura, a palpación pared torácica intacta, ausencia de zonas de hipersensibilidad sin presencia de masas. Inspección: expansión pulmonar disminuida, piel seca, palidez leve, utilización de músculos respiratorios y estertores.

Auscultación: ventilación ruda en ambos campos pulmonares, pulmón derecho con ruidos crepitantes en lóbulo superior y medio.

Percusión: sonido de timpánico, no reacción a dolor.

Palpación: piel seca poco turgente, con zonas de enrojecimiento en laterales por fricción continua en cama.

Corazón: A palpación de arteria carótida, los volúmenes del pulso son simétricos, con pulsaciones completas. A auscultación de la arteria carótida no se escucha ningún ruido cardiaco. A inspección de venas yugulares no se visualizan.

Cardiovascular:

Inspección: regular expansión cardiaca observable en imágenes de TAC; palidez de piel leve.

Auscultación: sonidos cardiacos normales, no presencia de soplos.

Frecuencia cardiaca rítmica.

Palpación: no reacción al dolor por presión, piel tibia, pálida, seca al tacto.

Abdomen: simétrico, no hay presencia de masas visibles; hay movimientos simétricos causados por la respiración, la peristalsis es presente disminuido en intensidad y frecuencia.

Extremidades Superiores Extremidades asimétricas, coloración uniforme, con presencia de vello y cicatrices en el antebrazo posterior, tuvo una caída y le causó una herida.

Extremidades inferiores En extremidades tiene dificultad para caminar debido a un problema en su pierna derecha, al parecer un desgarre muscular, depende de un andador o bastón para poder deambular.

Espalda:

Inspección: zona enrojecida caliente al tacto en escapular derecha, piel seca, poco turgente, pliegues acordes a edad, corte de 6 cm cicatrizada.

Auscultación: presencia de crépitos en pulmón derecho lóbulo superior y central.

Percusión: no anomalías detectadas.

Palpación: no dolor a presión o piñizco, piel seca, poco turgente.

- Catéter Venoso Central de 3 lúmenes – subclavia derecha.
- Sonda Foley N° 16 con bolsa colectora.
- Sonda Nasogástrica N°16 siliconada clampada. – fosa izquierda
- Electrodo de 5 derivaciones – tórax.
- Línea periférica arterial – muñeca izquierda
- Tubo de traqueostomía conectado a Venturi 0.32% - cuello

Control y registro de glicemia y presión venosa central:

HGT	6a.m (124 mg/dL)	12p.m (156 mg/dL)	6p.m (134 mg/dL)	12a.m (162 mg/dL)
PVC	14 CC.	12 CC.	12 CC.	12 CC.

Evaluación del Estado de Conciencia y Reacción Pupilar:

Respuesta Motora		Total, de puntaje / puntos Fotoreactivo
Respuesta Verbal	3	
Respuesta Ocular	3	
Tamaño pupilar	3 mm.	

Medición Antropométrica:

- Peso : 65 Kg.
- Talla : 1.58 cm.

Índice De Masa Corporal:

$$\frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2} = \frac{65}{1.58^2} = \frac{65}{2.496} = 26.04$$

Tratamiento Médico:

- Dieta licuada hiposódica x SNG VT 1000cc.
- ClNa 0.9% 1000cc S/A XV gts.
- Piperaciclina 1 amp. Ev c/ 8hrs.
- Ácido fólico 0.5mg 2 tb x SNG c/ 8 hrs.
- Ácido Acetilsalisílico 100mg 1 tb. x SNG c/24 hrs.
- Cianocobalamina 1 amp. Ev c/ semana (lunes).
- Propanolol 40mg 1 tb x SNG c/ 24 hrs.
- Metamizol 1 gr. Ev condicional T° 38.3°C
- Nebulización con 5 cc/SF c/ 12hrs.
- Aspiración de Secreciones a demanda.
- Cambio postural cada hora.
- Control de funciones vitales
- Control de glicemia c/ 6 hrs.
- Medición de la PVC c/ 6 hrs.
- Diuresis de 24 hrs.

VALORACIÓN POR DOMINIOS:

DOMINIO 1.- PROMOCION DE LA SALUD

Los hijos son los cuidadores principales, junto con la hermana de la paciente. Es fumadora diaria de aproximadamente 8 cigarros (que puede aumentar el número según el grado de ansiedad que presente), abstemia y no consume otro tipo de drogas. En seguimiento por Equipo de Atención Primaria (EAP) y atención especializada. El RCV de la paciente es alto, teniendo una fibrilación auricular y tomando tratamiento antiagregante por ello. Para el patrón 1, se ha realizado el test de Morisky – Green – Leveen (cumplidora), el test de Fageström (con un total de 4 puntos: Dependencia moderada), el cuestionario de motivación de Richmond (0 puntos: motivación baja – sin motivación).

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> Familiar refiere: Aunque se conozca el régimen terapéutico ella lo comprende momentáneamente, pero es común que se le olvide y sus cuidadores muchas veces no pueden estar pendiente las 24 horas del día. 	Clase 2: gestión ineficaz de la salud. Código: 00078	Gestión ineficaz de la propia salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.

DOMINIO 2: NUTRICION

No sigue ninguna dieta estricta, intenta comer de todo, refiere que su DMII no influye en la misma especialmente. Realiza de tres a cuatro comidas al día y su ingesta de líquidos es adecuada (1,5 – 2l/día) aunque su hija refiere que en ocasiones bebe agua de forma excesiva por no recordar haber tomado. Su apetito se encuentra disminuido actualmente. Portadora de prótesis parcial con estado regular de cuidado y tiene la piel adecuadamente hidratada, sin lesiones ni UPP. Su higiene es buena. En el patrón 2 nutricional-metabólico se ha realizado el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea con un total de 10 puntos, buena adherencia a la dieta y el MNA para la evaluación del estado nutricional, con un total de 15 puntos (mal estado nutricional).

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de deambulación • bebe agua de forma excesiva por no recordar haber tomado. • Su apetito se encuentra disminuido actualmente. • Portadora de prótesis parcial con estado regular de cuidado 	Clase 1: ingestión Código 00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos.

DOMINIO 3: ELIMINACION

La paciente no presenta estreñimiento que anteriormente si padecía. Realiza 7 deposiciones semanales y 6 micciones diarias aproximadamente. Manifiesta incontinencia tanto urinaria como fecal, para lo cual precisa el uso de absorbentes, aunque va al baño cuando siente la urgencia de orinar o defecar

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de autocuidado en el uso del inodoro • Deterioro de la capacidad de contener las heces • No reconoce la urgencia para defecar 	Clase 2: función gastrointestinal Código: 00014	Incontinencia fecal r/c alteración de la función cognitiva m/p incapacidad para retrasar la defecación.
<ul style="list-style-type: none"> • Micciones frecuentes • Nicturia • Infección del tracto urinario • 	Clase 1: función urinaria Código: 00016	Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo-motor m/p incontinencia urinaria.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

La paciente refiere ser muy activa. No ha tenido caídas en el último año. No presenta problemas de movilidad ni de la ambulación. Buena estabilidad de la marcha. Sale de casa a pasear con su hermana o sus hijos diariamente. Por las mañanas ayuda en tareas domésticas sencillas, aunque no prepara la comida. Necesita ayuda para el baño y el aseo, para vestirse/desvestirse y cortar la comida, aunque lleva el cubierto a la boca por sí misma. En el patrón 4, se ha realizado el índice de Katz con una puntuación final de 3 puntos (incapacidad moderada), el índice de Barthel con una puntuación de 75 puntos (dependencia moderada) y la escala de Lawton y Brody con el resultado de 2, siendo dependiente grave para actividades instrumentales de la vida diaria por ser la paciente mujer

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Necesita ayuda para el baño y el aseo para vestirse/desvestirse y cortar la comida, aunque lleva el cubierto a la boca por sí misma. 	Clase 5: autocuidado Código: 00102	Déficit de autocuidado: alimentación r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para tomar por sí sola una comida completa.
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo 	Clase 5: Autocuidado Código: 00108	Déficit de autocuidado: baño r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta ansiedad 		
<ul style="list-style-type: none"> • Hay alteración en el funcionamiento cognitivo 	Clase 5: Autocuidado Código: 00109	Déficit de autocuidado: vestido r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.
<ul style="list-style-type: none"> • Muchas veces se le olvida vestirse o no puede reunir las prendas de vestir 		
	Clase 1: sueño/reposo Código: 00095	Insomnio r/c temor m/p dificultad para conciliar y mantener el sueño

DOMINIO 5: Percepción y Cognición

La paciente no alcanzó los estudios primarios por motivos económicos y familiares. No tiene alteraciones visuales ni auditivas. Espaciotemporalmente no orientada. La paciente no recuerda tener Enfermedad de Alzheimer. Habla clara generalmente y discurso no coherente. Es habitual que tenga alteraciones de la conducta, como ansiedad y nerviosismo. Diariamente realiza actividades para estimulación cognitiva y

dibuja.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
El familiar refiere: Olvido persistente. Incapacidad para recordar los nombres, aprender nueva información, palabras nuevas u objetos familiares.	Clase 4: cognición Código: 00131	Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico m/p incapacidad para recordar acontecimientos.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

La paciente refiere sentirse muy agobiada y preocupada de un momento para otro, identificando la causa de dicha alteración en el miedo a perder a su madre (ya que está situada temporalmente en la época en la que está recién casada), a lo que responde con nerviosismo. Por otro lado, también le preocupa la situación económica de su familia en dicho momento en el que está ubicada. Para el patrón 7, se ha empleado el test de ansiedad y depresión de Goldberg, obteniendo 7 puntos para la ansiedad, lo que significa, estado de ansiedad probable y 4 puntos para la depresión, lo que se clasifica como depresión probable.

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
El familiar refiere: Olvido persistente. Incapacidad para recordar los nombres, aprender nueva información, palabras nuevas u objetos familiares.	Clase 1: autoconcepto Código: 00121	Trastorno de la identidad personal r/c trastorno cerebral m/p conducta inconsciente

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Vive con su marido (que padece de hemiplejía izquierda derivada de ACV) y con sus hijos que se turnan para el cuidado del matrimonio por las tardes y las noches. La paciente tiene 8 hermanos. La relación de la paciente con su marido es mala desde hace varios años. La relación de la paciente con sus hijos y con su hermana, que la cuida por las mañanas es buena. Sale con su hermana a pasear a su mascota y suele ir a

Datos Relevantes	Clase	Diagnóstico de Enfermería
Familiar refiere comportamiento de indagación, poco contacto visual, aumento de la sudoración, temor y nerviosismo en el paciente.	Clase 2: respuestas de afrontamiento Código: 00146	Ansiedad r/c factores estresantes m/p nerviosismo

DOMINO 10: PRINCIPIOS VITALES

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 12: CONFORT

- No se aprecia datos relevantes

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- No se aprecia datos relevantes

3. CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS SEGÚN NANDA

- [00078] – Gestión ineficaz de la propia salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.
- [00002] – Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos.
- [00048] – Deterioro de la dentición r/c higiene oral inadecuada m/p ausencia de dientes.
- [00014] – Incontinencia fecal r/c alteración de la función cognitiva m/p incapacidad para retrasar la defecación.
- [00016] – Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo-motor m/p incontinencia urinaria.
- [00102] – Déficit de autocuidado: alimentación r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para tomar por sí sola una comida completa.
- [00108] – Déficit de autocuidado: baño r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
- [00109] – Déficit de autocuidado: vestido r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.
- [00095] – Insomnio r/c temor m/p dificultad para conciliar y mantener el sueño.
- [00131] – Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico m/p incapacidad para recordar acontecimientos.
- [00146] – Ansiedad r/c factores estresantes m/p nerviosismo.
- [00229] – Riesgo de relación ineficaz r/c habilidades comunicativas ineficaces.
- [00062] – Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c tiempo de ocio del cuidador insuficiente.

PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos.
- Insomnio r/c temor m/p dificultad para conciliar y mantener el sueño.
- Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico m/p incapacidad para recordar acontecimientos.
- Ansiedad r/c factores estresantes m/p nerviosismo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
CONCLUSION
BIBLIOGRAFIA
ANEXOS

