



UDS
Mi Universidad

ENSAYO

Nombre del Alumno: Jatziri Guadalupe Galera Mendoza

Nombre del tema: Ensayo clínico formato PAE Alzheimer

Parcial: Cuarto parcial

Nombre de la Materia: Enfermería gerontogeriatrica

Nombre del profesor: Leidy Diana Estrada García

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto

Pichucalco, Chiapas; 23 de julio del 2025.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Estela H. G

SEXO: Femenino.

EDAD: 70 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 10 de abril de 1955

ESTADO CIVIL: Divorciada.

RELIGIÓN: católica.

ESCOLARIDAD: Primaria

OCUPACIÓN: Ama de casa.

PROCEDENCIA: Chiapas.

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: Dos hijas y su nieto.

ALERGIAS: Ninguno.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar hija.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Alzheimer.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Femenino de 70 años, estatura de 150 cm, peso 68 kg, divorciada, ocupación: ama de casa, religión católica, niega alcoholismo y toxicomanías, más allá de ciertas ocasiones puntuales por alguna celebración, lleva una dieta balanceada en donde incluye frutas y verduras, cereales, leguminosas y carnes. Vive con sus dos hijas y su nieto, radicando en el municipio de Juárez, Chiapas.

La paciente cuenta con antecedentes familiares de Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus por parte de familiares directos (padre y madre) y por cáncer de mama por parte de su madre y abuela materna, tiene hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Su hija mayor refiere que ella y su hermana son las únicas encargadas en el cuidado de su madre, ellas apoyan en el cuidado del hogar, mantenimiento, etc.

La usuaria padece DMT2 Y HTA desde hace 15 años, desde el momento de su diagnóstico recibió tratamiento adecuado para ambas patologías, actualmente tiene buen apego y resultados a dichos tratamientos farmacológicos, estando en control y sin complicaciones, por lo que el médico tratante indica el siguiente tratamiento medico para la patología de Alzheimer, el cual consiste en: toma de vía oral de Axura; ya que la usuaria tiene buen apego y control de la DMT2 Y HTA se decide dar este fármaco porque no hay riesgo de interacción y complicación farmacológica.

HISTORIA DE ENFERMERÍA.

Realizada a las 08 horas. La paciente se muestra tranquila y colaboradora, aunque un poco dudosa al responder algunas preguntas, refiere que se encuentra tranquila pero un poco nerviosa y preocupada, acude a consulta acompañada de su hija mayor quien expresa preocupación porque nota un deterioro de la memoria de al menos 2 años de evolución.

La paciente manifiesta que tiene preocupación por su nieto que se encuentran en su lugar de residencia ya que teme por no poder volver a verlo. Informa que no es la primera vez que se encuentra en esta situación, ya que en los últimos años suele vivir con trastornos afectivos (tristeza, frustración, etc.)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Inicia su tratamiento en el mes de enero del presente año, los primeros datos que refieren apuntan a despistes en la recepción de mensajes (olvidaba los mensajes que le dejaban o los expresaba mucho tiempo después, reiterando en ocasiones hacia la misma persona). En ocasiones al ir de compras llegaba a casa olvidando artículos básicos que precisaba. En últimas instancias debía ir acompañada.

Para marzo del presente año se empezaba a quejar de trastornos afectivos (sentimientos de apatía, inutilidad, frustración, tristeza) es por eso que acudieron nuevamente a su clínica de medicina familiar del ISSSTECH, en el cual solo dieron tratamiento farmacológico ante la situación, recomendando como tratamiento alternativo referir a la paciente a consulta psicológica.

Jueves 5 de junio ingresa al centro de salud con servicios ampliados cama 1245 con tratamiento para cefalea intensa e hipertensión arterial.

A su ingreso por su propio pie sin observar alteraciones en la marcha, consciente, poco orientada en lugar y espacio, se instala en su unidad, colocándose brazalete de identificación, se canaliza en miembro superior derecho para control de su tensión arterial, se interroga si padece alguna enfermedad agregada a su padecimiento actual, si toma algún medicamento habitual por prescripción médica.

VALORACIÓN FÍSICA FOCALIZADA A LA PERSONA

Signos vitales:

Temperatura: 36. 5°C.

T/A: 160/95.

Pulso: 74 por minuto.

Respiración: 30 por minuto.

Peso: 68 kg

Talla: 150 cm.

IMC: 30 observando un indicio a una obesidad leve.

Cabeza: Normal, simétrica.

Cabello: Se observa cabello un poco largo entrecanado, poco hidratado y seco.

Cara: Simétrica y de tez blanca, se observa hueso frontal y orbitales simétricos, cejas simétricas, pestañas lisas y poco abundantes.

Ojos: El color de los ojos café claro, de tamaño normal.

Nariz: A la observación de la nariz se encuentra central y presenta una forma recta y un poco amplia. A la inspección presenta una mucosa irritada y un poco deshidratada en fosas nasales y con una permeabilidad adecuada.

Boca: A la observación presenta una boca normal, con labios íntegros, un poco gruesos. Se observa desdentada de una arcada dental.

Presenta higiene adecuada a la observación. Su mucosa oral y lengua se observan poco hidratadas.

Mejillas: Se observan acordes a la edad, sin presencia de cloasma, acné o manchas.

Cuello: A la inspección el cuello presenta una forma cilíndrica y una movilidad adecuada, además de una tráquea central y desplazable. Presencia de glándula tiroides sin alteración, presenta un poco de resequedad en cuanto a la piel.

Oídos: A la inspección se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color perla sin alteraciones.

Tórax: A la observación presenta un tórax simétrico, normal, con movimientos armónicos de inspiración y espiración toracoabdominales, sin dificultad respiratoria. A la auscultación se encuentran campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos agregados, como estertores, sibilancias o atelectasia. Se encuentra al corazón con ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, tono y frecuencia, además de un llenado capilar menor a 3 segundos.

Mamas: Se encuentran de forma normal, ambas con forma simétrica.

Abdomen: A la observación se denota un abdomen convexo. A la auscultación presenta motilidad intestinal adecuada, con presencia de ruidos peristálticos, a la palpación se encuentra un abdomen blando, depresible e indoloro, se observa un poco de resequedad en la piel, con presencia de pequeñas estrías.

Vulva: No se realizó valoración de esta parte corporal, debido a que la paciente no lo permitió debido a su ideología.

Extremidades superiores: A la observación se denotan unas extremidades superiores integra y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, con terapia intravenosa en miembro superior derecho, sin presentar datos de inflamación, extravasación, infiltración e irritación por tratamiento intravenoso.

Uñas: Se observan uñas cortas con buena higiene, sin presencia de micosis. Se observan rosadas y con adecuada resistencia.

Extremidades Inferiores: A la inspección se denota unas extremidades inferiores íntegras y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, se observa la presencia de pequeñas varices, edema en pies, no se observa presencia de micosis u onicomiosis.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS REALES:

- 00051. Comunicación verbal deteriorada R/C disfunción cognitiva M/P dificultad para mantener comunicación.
Dominio: 5. Clase: 5.
- 00046. Integridad de la piel deteriorada R/C conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos M/P signos de piel seca.
Dominio: 11. Clase: 2.
- 00131. Deterioro de la memoria R/C síntomas depresivos, estimulación intelectual inadecuada M/P se olvida constantemente de realizar un comportamiento a la hora programada, dificultad para recordar hechos, información y dificultad para recordar si un comportamiento fue realizado.
Dominio: 5. Clase: 4.

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO:

- 00153. Riesgo de baja autoestima situacional R/C disminución de la aceptación consciente y expectativas pocos realistas de uno mismo.
Dominio: 6. Clase: 2.
- 00173. Riesgo de confusión aguda R/C deshidratación.
Dominio: 5. Clase: 4.
- 00225. Riesgo de alteración de la identidad personal R/C baja autoestima.
Dominio: 6. Clase: 1.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERIA.

Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala de medición.	Puntuación Diana.
Dominio: 5. Clase: 5. Código: 00051. Comunicación verbal deteriorada R/C disfunción cognitiva M/P dificultad para mantener comunicación.	Dominio: 11. Clase: 1. Código: 0902. Etiqueta: Comunicación. Definición: Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.	090206. Reconoce los mensajes recibidos. 090210. Interpretación exacta de los mensajes recibidos. 090207 Dirige el mensaje de forma apropiada.	1= Nunca demostrado. 2= Raramente demostrado. 3= A veces demostrado. 4= Frecuentemente demostrado. 5= Siempre demostrado. N/A.	Mantener a: 2 Aumentar a: 5

Intervenciones (NIC). 4976. Mejorar la comunicación: déficit del habla. Definición: Empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con dificultades para el habla.

Actividades.

- Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados a las capacidades del habla. (p.ej., memoria y lenguaje).
- Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla.
- Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.
- Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., escuchar con atención, solicitar la ayuda del familiar para comprender al paciente).
- Mantener un entorno y rutinas estructuradas (asegurar horarios constantes, proporcionar recordatorios frecuentes, etc.)
- Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión.
- Enunciar las preguntas para que el paciente pueda responder con un simple sí o no.
- Permitir que el paciente escuche lenguaje hablado con frecuencia, según corresponda.

Evaluación.

Con la implementación de las intervenciones de enfermería logramos un resultado positivo, obteniendo una mejora en la comunicación de nuestra usuaria, logrando que recepcione, interprete y exprese de manera óptima los mensajes verbales, escritos y no verbales. Tomando en cuenta que en la escala de medición se encontraba con una puntuación diana de 2 (raramente demostrado) se logró aumentar a 5 (siempre demostrado), obteniendo evidencia de un cambio positivo (+3). Las características definitorias del diagnóstico de enfermería que presentaba la usuaria desaparecieron, demostrando el éxito de nuestro plan de cuidados de enfermería,

Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala de medición.	Puntuación Diana.
Dominio: 6 Clase: 2 Código: 00153. Riesgo de baja autoestima situacional R/C disminución de la aceptación consciente y expectativas pocos realistas de uno mismo.	Dominio: 111. Clase: M. Código: 1205. Etiqueta: Autoestima. Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.	120505. Descripción del yo. 120509. Mantenimiento del cuidado/higiene personal. 120519. Sentimientos sobre su propia persona.	1= Nunca positivo. 2= Raramente positivo. 3= A veces positivo. 4= Frecuentemente positivo. 5= Siempre positivo.	Mantener a: 3 Aumentar a: 5

Intervenciones (NIC). 5220. Control del estado de ánimo. Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Actividades.

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
- Ayudar con el autocuidado, si es necesario.
- Vigilar el estado físico del paciente (Hidratación).
- Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, memoria, atención).
- Utilizar ayuda para la memoria y pistas visuales para ayudar al paciente con déficit cognitivo.
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo.
- Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la conveniencia de sus conductas sociales,

Evaluación.

Con la implementación de las intervenciones de enfermería logramos un resultado positivo, obteniendo una mejora en descripción acerca del yo personal, en el mantenimiento del cuidado e higiene personal y en los sentimientos sobre su propia persona. Tomando en cuenta que en la escala de medición se encontraba con una puntuación diana de 3 (a veces positivo) se logró aumentar a 5 (siempre positivo), obteniendo evidencia de un cambio positivo (+2). Los factores relacionados del diagnóstico de enfermería que presentaba la usuaria desaparecieron, demostrando el éxito de nuestro plan de cuidados de enfermería,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI; FAAN Shigemi Kamitsuru, PhD, RN,; FNI Camila Takáo Lopes, PhD, RN, FNI (2021-2023, “Diagnósticos De Enfermería, Definiciones Y Clasificación 2021-2023”. Edición #12. Editorial Elsevier.
- Sue Moorhead, PhD, RN, FAAN; Elizabeth Swanson, PhD, RN; Marion Johnson, PhD, RN; Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN. “Clasificación De Resultados De Enfermería (NOC) Medición De Resultados En Salud”. Edición #6. Editorial Elsevier.
- Howard K. Butcher, PhD, RN; Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN; Joanne M. Dochterman, PhD; Cheryl M. Wagner, PhD, MBA/MSN, RN. “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”. Edición #7. Editorial Elsevier.