



Mapa Conceptual

Nombre del Alumno: Yeni Laura Rojas Valdiviezo

*Nombre del tema: Unidad 1.1 Valoración del paciente
Ensayo Clínico-Patología: EPILEPSIA*

Parcial: I

Nombre de la Materia: Enfermería del adulto

Nombre del profesor: Lic. Leydi Diana Estrada García

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to "A"

Pichucalco, Chiapas a; 26 de mayo del 2025

1.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE



Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.



- Fases del proceso enfermero.**
- ✚ **“Planificada”**. Está pensada, no es improvisada.
 - ✚ **“Sistemática”**. Requiere un método para su realización.
 - ✚ **“Continua”**. Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
 - ✚ **“Deliberada”**. Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- ✓ **Valoración inicial:**
- ✓ **Valoración continua**

Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- ✓ **Valoración general**
- ✓ **Valoración Focalizada**

La valoración se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero. Cuando la enfermera entra en por primera vez con un usuario debe conocer sus condiciones y características y realizar una apertura de su historia.

Valoración Inicial: Es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.



Valoración continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

1.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE

El objetivo principal de la valoración enfermera es “captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma”. Debe recoger datos no sólo del aspecto biológico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.

La valoración en enfermera utiliza 4:

- 1.-Recogida de datos,
- 2.-Validación,
- 3.-Organización
- 4.- Registro y transmisión de la información.

Métodos de recolección de información:

Tipos de fuente de recolección

1.- Recogida de datos { Recolectar todos los datos.

2.-Validación de la información. { Cerciorarse que son correctos y completos.

3.-Organización de la Información. { Agruparse en categorías lógicas.

4.- Registro y transmisión de la información. { Dejar la información accesible a todos.

1.- Entrevista {

- Formal e informal
- Inicio, cuerpo y cierre.
- Verbal no verbal.

2.- Observación {

- Inspección
- Palpación
- Auscultación
- Percusión

3.- Exploración Física



APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Valeria Domínguez

SEXO: Femenino

EDAD: 21 años

FECHA DE NACIMIENTO: 05-10 2003

FECHA DE INGRESO: 20-05-2025

ESTADO CIVIL: soltera

RELIGIÓN: católica.

ESCOLARIDAD: universitaria

OCUPACIÓN: Estudiante

PROCEDENCIA: Chiapas

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: Papas y hermana

ALERGIAS: Negadas

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar a la madre.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Epilepsia tónico-clónica

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente femenina de 21 años, con buen tono y coloración normal. Con buena saturación de: 98% Con datos de signos vitales; Temperatura: 36.7 c, T/A: 110/70, Pulso: 82 por minuto, Respiración: 18 por minuto.

Peso: 65 kg Talla: 1.60 mts.

Acude al hospital luego de un episodio convulsivo clasificado como epilepsia convulsiva tónico-clónica, durante una clase universitaria. estudiante del 6to semestre de la carrera de docencia. Vive con sus padres y tiene un adecuado entorno familiar.

MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente presenta una pérdida súbita de conciencia con movimientos anormales durante una clase. Lo cual presenta episodios de crisis epiléptica con pérdida de conciencia, que recobra antes de llegar a la unidad de urgencias en la universidad. presenta incontinencia urinaria, con pupilas dilatadas, llegando consiente, aun que presenta cierta desorientación, nerviosismo, cansancio, derivado a la crisis epiléptica sufrida. Leve deterioro cognitivo.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Patológicos personales: Diagnosticada con epilepsia desde los 15 años. Presenta crisis tónico-clónicas generalizadas.

Tratamiento actual: Ácido valproico 500 mg cada 12 horas, aunque refiere olvidos frecuentes en la toma del medicamento. Fenitoina tableta de 200 mg cada 24 horas.

Familiares: Tía materna con epilepsia focal, madre con antecedentes de migraña.

HISTORIA DE ENFERMERÍA

Hace 4 meses tuvo un episodio aislado de crisis ausencia; acudió al médico de su universidad, pero no fue diagnosticada con epilepsia, me dijeron que había sido un hecho aislado sin importancia”. Según nos cuenta “la primera crisis duro menos de 5 minutos y me recupere sin secuelas”. Su madre explica cómo le contaron que fue su nuevo episodio: “estábamos en clase cuando dijo que no se encontraba bien, que se sentía mareada y que veía luces centellantes”. La pusieron en el suelo y al empezar las convulsiones quedo inconsciente, posteriormente fue llevada a urgencias, recobro la conciencia, pero se sentía asustada por no recordar lo que paso”. Ella solo recuerda sentirse mareada, cansada y mareada. Desde hace una semana ha notado un aumento en la frecuencia de crisis: pasa una vez al mes. La última crisis ocurrió en clase; comenzó con una sensación epigástrica extraña, seguida de pérdida de conciencia, rigidez y sacudidas tónico-clónicas generalizadas que duraron aproximadamente 1 minuto. Después del episodio, estuvo desorientada durante unos 10 minutos y refiere dolor muscular generalizado. También refiere haber dormido poco los días previos por exámenes.

AL INGRESO HOSPITALARIO

- ❖ Estado general: temor, confusa, desorientada, cansada. Signos vitales normales.
- ❖ Neurológico: Sin signos focales, sin alteración del habla o memoria a corto plazo.
- ❖ No presentaba lesiones postictales visibles.

Estudios realizados

- ✓ Electroencefalograma (EEG): Actividad epileptiforme generalizada con descargas de punta-onda a 3 Hz.
 - ✓ Resonancia magnética cerebral (RMN): Sin lesiones estructurales.
 - ✓ Laboratorio: Nivel de ácido valproico por debajo del rango terapéutico (48 µg/mL; rango deseado: 50-100 µg/mL). Hemograma y perfil hepático normales.
-

VALORACIÓN FÍSICA FOCALIZADA A LA PERSONA.

- **Signos Vitales:**

Temperatura: 36.7 c, T/A: 110/70, Pulso: 82 por minuto, Respiración: 18 por minuto.
Peso: 65 kg Talla: 1.60 IMC: 25.4 observándose rango de sobre peso.

- **Cabeza:** Normal, simétrica.
 - **Cabello:** Se observa cabello largo color negro, hidratado y brillante.
 - **Cara:** Simétrica y de tez blanca, se observa hueso frontal y orbitales simétricos, cejas simétricas, pestañas cortas y lisas.
 - **Ojos:** El color de los ojos café claro, Con presencia de midriasis.
 - **Nariz:** A la observación de la nariz se encuentra centrada y presenta una forma recta y delgada. A la inspección presenta una mucosa rosada e hidratada en fosas nasales y con una permeabilidad adecuada. Con saturación de 98 sin apoyo de oxígeno.
 - **Boca:** A la observación presenta una boca normal, con labios íntegros, gruesa. Se observa dientes íntegros, sin datos de carie, color blancas. Presenta higiene adecuada a la observación. Su mucosa oral y lengua se observa con mordedura lingual debido a la epilepsia.
 - **Mejillas:** Se observan acordes a la edad, sin presencia de melasma, 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 tiroideas sin alteración, no presenta alteraciones en cuanto a la piel.
 - **Oídos:** A la inspección se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color similar a la piel, con pequeñas vellosidades sin presencia de cerumen sin alteraciones, la audición es normal.
 - **Tórax:** A la observación presenta un tórax simétrico, normal, con movimientos armónicos de inspiración y espiración taraco abdominales, 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 cardiacos rítmicos de buena intensidad, tono y frecuencia, además de un llenado capilar menor a 2 segundos.
-

- **Mamas:** A la observación se encuentra mamas integras seno derecho sin alteración, mama izquierda se encuentra integras sin presencia de nódulos, tamaño para la edad, de consistencia adecuada, inspección ambas mamas no se encuentra alguna masa tumoral, ni ganglios sospechosos, de color acorde a la piel, la cual se encuentra hidratada y de adecuada turgencia, el pezón se encuentra en el centro, sin alteraciones ni salida de secreciones al contraerlo y hacer ligera presión.
- **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, no se observa alteración de la piel, ni estrías.
- **Vulva:** Se encuentra sin presencia de alteraciones para la edad. Con presencia de incontinencia urinaria.
- **Extremidades superiores:** A la observación se denotan unas extremidades superiores integras 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 izquierdo, sin datos de inflamación, extravasación, infiltración e irritación por tratamiento de Fenitoina sódica de 250 mg iv, como dosis única. Hidratándola con solución salina de 1000 ml para 8 horas.
- **Uñas:** Se observan uñas cortas y limpias, que garantiza la higiene de las mismas, sin presencia de micosis, por lo que se observan cianóticos.
- **Extremidades Inferiores:** A la inspección se denota unas extremidades inferiores integras y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, no se observa la presencia de varices, edema, micosis.

VALORACIÓN POR NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

I. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Paciente de 21 años con diagnóstico de epilepsia tónico-clónico. En estado basal, presenta un patrón respiratorio normal: Eupneica, frecuencia respiratoria de 18 rpm, saturación de oxígeno 98% al ingreso. Sin disnea ni uso de músculos accesorios. Durante las crisis convulsivas generalizadas, puede presentar apnea transitoria o hipoventilación, especialmente en la fase tónica.

Datos de dependencia

Durante las crisis, se vuelve completamente dependiente del cuidado externo para mantener la vía aérea permeable, prevenir aspiración y evitar complicaciones

respiratorias.

Diagnósticos de enfermería

- Riesgo de alteración del patrón respiratorio relacionado con crisis convulsiva (fase tónica).
- Riesgo de aspiración relacionado con pérdida del control de la musculatura durante la crisis.
- Riesgo de lesión cerebral relacionado con hipoxia transitoria durante el episodio convulsivo.

Plan de cuidados Objetivo:

- ✓ Mantener la vía aérea permeable y prevenir complicaciones respiratorias durante y después de la crisis convulsiva.
- ✓ Conocer su enfermedad: en que consiste, causas, signos y síntomas, factores desencadenantes y que la alivian.
- ✓ Conocer la dieta más recomendable y aquella actividad más adecuada a su estado de salud.
- ✓ Conocerá su medicación: efectos secundarios que esta pudiera producir y repercusiones en su salud si deja de tomarla.

Intervención de enfermería

- Colocar a la paciente en posición lateral de seguridad inmediatamente después del episodio para evitar broncoaspiración.
- Valorar permeabilidad de vía aérea: observar secreciones, ronquidos, presencia de vómito post crisis.
- Tener equipo de aspiración a mano en unidad de atención.
- Retirar objetos de la cavidad oral si no está convulsionando y hay riesgo de obstrucción.
- Control de signos vitales y oximetría de pulso postictal.
- Mantener ventilación adecuada del ambiente para facilitar oxigenación post crisis.
- Educar a la familia sobre cómo actuar en una crisis: no introducir objetos en la boca, no contener a la fuerza, proteger la cabeza y colocar de lado.
- Registrar duración de la crisis y presencia de apnea o cianosis.

Evaluación

Durante su estancia hospitalaria no se evidenció obstrucción respiratoria. Se colocó en posición lateral, sin requerir aspiración. Se mantuvieron mucosas húmedas, con buena saturación de oxígeno. La paciente y su madre fueron instruidas sobre las medidas de seguridad respiratoria durante una convulsión, mostrando comprensión adecuada. Se logra el objetivo de mantener vía aérea permeable y sin complicaciones respiratorias asociadas. Se identifica como problema principal la falta de conocimientos. Para aumentar dichos conocimientos (enfermedad y régimen terapéutico) se realizan sesiones con la paciente que le ayuden a conocer su enfermedad con profundidad, seguir adecuadamente todas las recomendaciones pautadas para un mayor control de la epilepsia. La paciente está capacitada para afrontar la enfermedad y seguir una correcta adhesión al tratamiento con los anticonvulsivantes pautados. Se recomienda mantener contacto con su especialista, para minimizar sus temores y preocupación.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Valoración:

Dieta variada con alimentos sólidos y líquidos, sin alteraciones. Buen apetito. No presenta náuseas ni vómitos. No restringe líquidos.

Datos de dependencia:

Independiente para alimentación. Riesgo potencial de deshidratación si crisis prolongadas.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de desequilibrio nutricional por crisis frecuentes.

Plan de cuidados - Objetivo:

Mantener ingesta nutricional e hidratación adecuada.

Intervención de enfermería:

- Fomentar ingesta regular y balanceada.
- Vigilar signos de deshidratación.
- Informar sobre importancia de evitar ayuno prolongado.

Evaluación:

Paciente mantiene ingesta adecuada y signos vitales estables.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR

Valoración:

Eliminación urinaria y fecal regular, sin alteraciones.

Datos de dependencia:

Independiente. Puede presentar incontinencia transitoria post crisis.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de incontinencia urinaria postictal.

Plan de cuidados - Objetivo:

Mantener eliminación adecuada y prevenir alteraciones.

Intervención de enfermería:

- Observar patrón de eliminación.
- Mantener higiene perineal post crisis.
- Informar sobre signos de alerta para infecciones urinarias.

Evaluación:

Eliminación conservada sin complicaciones.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Valoración:

Paciente independiente para moverse. Riesgo de caídas durante crisis.

Datos de dependencia:

Dependiente durante crisis. Independiente fuera de estas.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de traumatismo relacionado con convulsiones.

Plan de cuidados – Objetivo:

Prevenir lesiones físicas durante crisis.

Intervención de enfermería:

- Asegurar ambiente libre de objetos punzocortantes.
- Proteger cabeza y extremidades durante convulsión.
- Educar a paciente y familia.

Evaluación:

-Sin traumatismos nuevos. Ambiente seguro en hogar.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Valoración:

Duerme 5-6 horas por noche. Reporta insomnio ocasional por ansiedad.

Datos de dependencia:

Independiente, pero con patrón alterado.

Diagnóstico de enfermería:

Patrón de sueño perturbado relacionado con ansiedad y estrés.

Plan de cuidados - Objetivo:

Mejorar calidad y duración del sueño.

Intervención de enfermería:

- Establecer rutina regular de sueño.
- Evitar cafeína y pantallas antes de dormir.
- Enseñar técnicas de relajación.

Evaluación:

Paciente reporta ligera mejora en el sueño tras intervenciones.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Valoración:

Independiente para vestirse y desvestirse.

Datos de dependencia:

Independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Autocuidado conservado.

Plan de cuidados - Objetivo:

Mantener autonomía en el autocuidado.

Intervención de enfermería:

Fomentar independencia.

Recomendar ropa cómoda para evitar accidentes.

Evaluación:

Mantiene independencia y seguridad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Valoración:

Temperatura estable (36.5°C), sin fiebre ni hipotermia.

Datos de dependencia:

Independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Termorregulación conservada.

Plan de cuidados - Objetivo:

Mantener temperatura corporal dentro de parámetros normales.

Intervención de enfermería:

-Monitorizar temperatura corporal.

-Prevenir infecciones que puedan aumentar riesgo de crisis.

Evaluación:

Temperatura corporal estable sin alteraciones.

8. NECESIDAD DE MANTENER HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE PIEL

Valoración:

Buena higiene personal. Piel íntegra sin lesiones.

Datos de dependencia:

Independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de integridad cutánea alterada durante crisis.

Plan de cuidados - Objetivo:

Prevenir lesiones cutáneas y mantener higiene adecuada.

Intervención de enfermería:

-Inspección diaria de la piel.

- Cuidado especial post crisis para prevenir heridas.
- Educación sobre higiene.

Evaluación:

Piel íntegra. Sin lesiones.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES

Valoración:

Paciente se expone a riesgos de caída y trauma por crisis.

Datos de dependencia:

Requiere supervisión para prevenir accidentes.

Diagnóstico de enfermería:

- Riesgo de traumatismo relacionado con convulsiones.
- Riesgo de caídas relacionado con convulsiones

Plan de cuidados - Objetivo:

Minimizar riesgos ambientales.

Intervención de enfermería:

- Adaptar entorno seguro.
- Educar familia y paciente sobre prevención.
- Mantener barandales arriba

Evaluación:

-Entorno adecuado. Paciente y familia aplican recomendaciones.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Valoración:

Comunicación verbal clara. Expresa ansiedad y preocupaciones.

Datos de dependencia:

Independiente para comunicarse.

Diagnóstico de enfermería:

- Ansiedad relacionada con enfermedad crónica.
- Temor relacionado con convulsiones

Plan de cuidados - Objetivo:

- Reducir ansiedad y promover comunicación efectiva.
- Reducir el temor y procurar un ambiente sano

Intervención de enfermería:

- Escuchar activamente.
 - Facilitar expresión emocional.
 - Ofrecer apoyo psicológico.
-

Evaluación:

Paciente muestra reducción de ansiedad y mejora en comunicación.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS VALORES Y CREENCIAS

Valoración:

Paciente respeta y mantiene sus valores personales.

Datos de dependencia:

Independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Integridad personal conservada.

Plan de cuidados - Objetivo:

Respetar autonomía y creencias.

Intervención de enfermería:

- Respetar decisiones.
- Apoyar en la toma de decisiones de cuidado.

Evaluación:

Paciente satisfecha con participación en su cuidado.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y SENTIRSE REALIZADA

Valoración:

Estudiante universitaria. Crisis frecuentes afectan rendimiento y autoestima.

Datos de dependencia:

Parcial, limitada por enfermedad.

Diagnóstico de enfermería:

Baja autoestima relacionada con limitaciones académicas.

Plan de cuidados – Objetivo:

Mejorar autoestima y facilitar adaptación.

Intervención de enfermería:

- Reforzar logros personales.
- Apoyar estrategias de afrontamiento.

Evaluación:

Paciente muestra motivación y mejora en autoestima.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Valoración:

Limitada por miedo a crisis en público.

Datos de dependencia:

Limitada.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración en el ocio relacionada con miedo a crisis.

Plan de cuidados – Objetivo:

Incrementar participación segura en recreación.

Intervención de enfermería:

- Promover actividades adaptadas.
- Apoyar integración social.
- Apoyo emocional

Evaluación:

Paciente reanuda actividades recreativas gradualmente.

14. NECESIDAD DE APRENDER

Valoración:

Déficit de conocimiento sobre manejo y tratamiento

.

Datos de dependencia:

Dependiente para educación en autocuidado.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de conocimiento relacionado con epilepsia.

Plan de cuidados – Objetivo:

Mejorar conocimientos y adherencia al tratamiento.

Intervención de enfermería:

- Brindar educación sobre epilepsia y medicación.
- Reforzar signos de alarma.
- Brindar más información acerca del problema crónico
- Vigilar signos de alarma

Evaluación:

-Paciente y familia comprenden manejo y prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Manual de antología de la UDS. *Enfermería del adulto*.
 - 2.-Martinez Trillas Karina. Manual de procedimientos de enfermería. Edit. Trillas. Guadalajara Jalisco. 2020.
 - 3.- Marilyn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse. Proceso y diagnósticos de enfermería: Aplicaciones. Edit. Moderno. 2014.
 - 4.-Margory Gordon. Manual de diagnósticos de enfermero. 10ma edición. Madrid España.
 - 5.-PDF: Guía de procedimientos para enfermería. 2da edición. 3ra reimpresión. 2007. Edit. Panamericana.
 - 6.-
https://www.google.com.mx/books/edition/Gu%C3%ADa_de_procedimientos_para_enfermeras/ZO5q8zRL5IIC?hl=es-419&gbpv=1&dq=procedimientos+de+valoracion+de+enfermeria&pg=PAE6&printsec=frontcover
-