



DIRECCION GENERAL DE INCORPORACION Y
REVALIDACION DE ESTUDIOS - UNAM

INSTITUTO MARILLAC, A. C.

VIOLENCIA EN UNA PERSONA CON INTOXICACIÓN
POR BENZODIACEPINAS Y ALCOHOLISMO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
ELIZABETH ATLANTIDA RAMÍREZ MONDRAGÓN
No. CUENTA 404505860

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARIA DE LOURDES TORRES CARRASCO
CO-DIRECTOR LIC. ANA MARIA RUIZ URBINA

MEXICO, D.F.

ENERO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Señor.

Por mis brazos perfectos, cuando hay mutilados.
Por mis ojos perfectos, cuando hay tantos sin luz.
Por mi voz que canta, cuando hay tantos que enmudecen.
¡Oh! Maravilloso señor, tener un hogar para regresar.
Cuando hay tanta gente que no tiene a donde ir.
Sonreír, cuando hay tantos que lloran.
Amar cuando hay tanto que odian.
Soñar, cuando hay tantos que se vuelven el pesadillas.
Vivir, cuando hay tantos que se mueren antes de nacer.
Sobre todo, tener poco que pedirte y tanto que agradecerte.

Agradezco a las personas que me brindaron su apoyo incondicional durante todos estos años, a mi madre María Luisa Mondragón Villa que aún después de su partida me dejó su gran amor, su fe, su valentía, sus consejos y fortaleza ante las adversidades; a mi padre Eliseo Ramírez Flores por su amor, sus consejos, por inculcarme los valores que poseo, su paciencia, por sus desvelos y preocupaciones, por ayudarme a ver mis errores, y por su apoyo incondicional que me brinda día a día, a mi hermano Eliseo Jacob Ramírez Mondragón y a mi prima Indra Pérez Mondragón por su comprensión, por los ánimos y confianza para seguir adelante. Al amor de mi vida Oscar Cruz Álvarez por estar conmigo en las buenas y en las malas, por su paciencia, por sus venas que me presto para practicar, por su tolerancia, por su apoyo y su gran amor. A mis profesores que con su saber alimentaron mi mente de conocimiento, y a mis amigas por creer en mi y decir que si podía, ahora culminando este trabajo logro una meta mas en mi vida por eso y más... gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	---

JUSTIFICACIÓN	3
----------------------------	---

OBJETIVOS	5
------------------------	---

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Gestión del cuidado.....	6
Concepto del cuidado de enfermería.....	7
Evolución del desarrollo de teorías de enfermería	8
Teorías de Enfermería.....	9
Cuidado como el foco de la profesión	14
Antecedentes del Proceso de Atención Enfermería	15
Proceso de Atención Enfermería	16
Respuesta humana.....	18
Respuesta fisiopatológicas	20
Respuestas humanas y fisiopatológicas	21
Funciones de enfermería	22

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

Cédula de valoración de Enfermería.....	23
Organización y clasificación de datos.....	31
Plan de cuidados de Enfermería	34

CONCLUSIONES	49
---------------------------	----

SUGERENCIAS	50
--------------------------	----

CAPÍTULO III

ANEXOS

Anatomía, fisiología y patologías.	
Sistema nervioso	51
Organización del sistema nervioso	52
Neuronas	54
Células gliales	56
Mielinización	56
Sustancia gris y sustancia blanca	56
Señales eléctricas en las neuronas	57
Transmisión de los impulsos en la sinapsis	57
Neurotransmisores	58
Benzodicepinas	58
Benzodicepinas más comunes	61
Dependencia alcohólica	67
Intoxicación	72
Síndrome de abstinencia.....	73

GLOSARIO	74
-----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	77
---------------------------	----

INTRODUCCIÓN

En México, la frecuencia de las adicciones ha ido en aumento, específicamente en el consumo del alcohol, según el informe de INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) en su Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2002, reporta que el 41.7% de la población de 12 a 19 años es bebedor actual (consumió alcohol al menos una vez durante el año anterior a la entrevista). Entre las personas de 12 a 19 años, el porcentaje de bebedores actuales es de 25.8%, desagregándose 30.7% para los hombres y 20.9% para las mujeres; los porcentajes correspondientes al grupo de 18 a 29 años son de 52.5%, con 68.5% de los varones y 40.4% de las mujeres. Referente al consumo de drogas medicas la ENA en 1998, reporta la prevaecía del uso de opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes, siendo del 1.7% lo que representa a 814,940 personas entre 12 y 65 años. Al analizar la distribución por sexo, 2.2% de los hombres (454,092) reportó su uso, mientras que las mujeres la prevaecía fue mejor con solo 1.3% (360,849). En todos los grupos de edad el consumo fue mayor en el género masculino.

Con lo que respecta al tipo de sustancia utilizada alguna vez en la vida, la ENA 98 indica que el mayor consumo entre la población de 12 a 65 años fue para los opiáceos y tranquilizantes, como 0.7% cada uno, lo que equivale a mas de 300,000 sujetos en ambos casos.¹

Como se puede observar, aun cuando los porcentajes son aparentemente bajos, permiten analizar el aumento en la tendencia en el consumo de alguna sustancia adictiva que con frecuencia se inicia con el alcohol y tabaco por considerarse socialmente aceptados y que posteriormente son combinadas con otras para el mayor “bienestar o placer” del individuo.*

Por lo anterior, la farmacodependencia constituye un problema de salud pública y es, a no dudar, una de las guías que identifica las transiciones de la sociedad contemporánea que vivimos. Es por ello un fenómeno social complejo, extendido en todo el orbe, que incide en distintos ámbitos socioeconómicos, educativos y culturales.

Para contender con un problema de la dimensión y dinámica como el de las adicciones, se requiere la participación, no solo de los especialistas, si no de un amplio espectro de la sociedad civil, de los responsables sociales que actúan en los medios gubernamentales así como en distintas posiciones de liderazgo y responsabilidad.

Por tratarse de un problema multifactorial cuya presencia no pasa inadvertida en la población, a la cual afecta de manera directa o enrareciendo el clima de salud y convivencia, así en la prevención y detección temprana, como en atención oportuna, suficiente y de calidad, sin olvidar la rehabilitación y la reinserción social.²

Por ello, la gran responsabilidad que tiene el Licenciado en Enfermería en la prevención y atención de estos individuos ya que las repercusiones que tiene en la dinámica familiar, laboral y social se ven afectadas de forma negativa. Si se considera que siempre que se

* http://INEGI_publicsalud.htm

utiliza en exceso y continuamente un fármaco no prescrito o alcohol se corre el peligro de volverse dependiente o adicto a ese tipo de sustancias. Las personas adictas a un fármaco por lo general no pueden funcionar adecuadamente o cumplir con sus obligaciones cotidianas sin hacer uso de la sustancia que tanto necesitan, y en muchas ocasiones la necesidad de ese fármaco interfiere con múltiples aspectos de su vida. Por ejemplo, los individuos que llegan a manifestar síntomas físicos por abstinencia, no pueden trabajar, o si lo hacen puede ser necesaria una mayor cantidad de dicha sustancia para poder estar en condiciones para llevarlo a cabo. En ocasiones se vuelven irritables, despreciables, mal humorados y agresivos tanto con sus amigos como con sus compañeros de trabajo. En el hogar sus familiares pueden considerarlos suspicaces, por lo general no les agrada que no asistan a las reuniones familiares, que casi nunca coman en casa y que no asuman ninguna responsabilidad de las actividades caseras. Sin embargo, casi siempre hay una justificación para su comportamiento: “¿ Que podemos hacer?, esa es su manera de ser,” además posiblemente solo se trate de una “etapa pasajera.” A pesar de esto, no deja de llamar la atención el que en un determinado momento se encuentren contentos y unas horas después se tornen miserables y desesperados. También pueden observarse otros tipos de cambios en su vida: son descuidados en su apariencia personal, generalmente disminuyen su rendimiento escolar y con mucha frecuencia descuidan sus pasatiempos.

Frecuentemente el trabajador de la salud ve en el paciente adicto a una persona hostil, poco cooperativa y malagradecida. Esto puede ser cierto, ya que los individuos que se encuentran bajo los efectos de una sustancia química suelen ser difíciles y negar totalmente sus problemas.

Si el trabajador de la salud asume una actitud demasiado condescendiente con el paciente alcohólico o farmacodependiente y lo considera tan solo “una persona que bebe como yo” o “que se entretiene de la misma manera que solía hacerlo mi abuelo,” corre el peligro de no convencer al paciente que requiere de tratamiento y rehabilitación. Por otro lado, si los profesionales de la salud lo juzgan en exceso y lo consideran una persona débil, pecaminosa, degradada y poco valiosa también están en peligro de fracasar en su relación terapéutica.³ Cada uno de los trabajadores de la salud debe ser conciente de sus propias actitudes hacia el uso de drogas. Frecuentemente estas actitudes están determinadas por sus experiencias familiares o por las relaciones que establecieron con alguna otra persona importante en su vida que conocieron a través de actividades sociales, educacionales, políticas o profesionales.

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería esta dirigido a una persona con diagnóstico médico de intoxicación con benzodicepinas y alcoholismo, y los diagnósticos de enfermería de riesgo de lesión, deterioro de la interacción social, afrontamiento individual ineficaz y violencia; este ultimo se consideró como el titulo del presente trabajo porque se pudo detectar que la mayor parte del personal de enfermería no esta capacitado para atender a este tipo de personas que presentan una patología psiquiátrica ya que muchas veces la violencia que presentan la proyectan hacia los miembros del equipo de salud ocasionándoles enojo y malestar lo que se ve reflejado en el cuidado que se proporciona.

JUSTIFICACIÓN

La profesión de enfermería se adapta constantemente para satisfacer las necesidades y expectativas cambiantes de los servicios de salud. Esto puede advertirse en la ampliación en las funciones de la enfermera, lo cual obedece a la necesidad de mejorar la distribución de los servicios y disminuir el costo de la atención médica.

En la actualidad, las enfermeras reciben educación avanzada en especialidades como enfermería familiar, gerontología, rehabilitación, salud mental y enfermería rural, por mencionar solo algunos.

Con la ampliación de las funciones de la enfermera, así como su preparación educacional, han surgido diversos títulos que especifican dichas funciones, el cual comprende a las especialistas clínicas en este ámbito.

La ampliación de funciones se acompaña de un esfuerzo continuo de las asociaciones de enfermeras por definir con mayor claridad su profesión. Se han enmendado a las leyes relativas a fin de conferirles autoridad para cubrir funciones antes restringidas a los médicos. Entre otras se incluyen los diagnósticos de enfermería, tratamiento, realización de procedimientos invasivos, prescripción de medicamentos y tratamientos. Estas funciones adicionales permiten que las profesionales de esta área realicen su trabajo en interacción con especialistas de otras ciencias de la salud, además de que ayudan a establecer una relación de mayor valor académico entre médicos y enfermeras. Se prevé que con los cambios que se han suscitado en el ámbito de la salud aumentara las funciones de las enfermeras practicantes avanzadas en particular en casos de atención primaria y sobre todo desde el punto de vista de su esfera de acción, responsabilidades y reconocimiento.

A medida que las capacidades únicas de las enfermeras se articulan con mayor claridad, aumenta la evidencia de que las enfermeras proporcionan ciertos servicios de atención a la salud distintos de su profesión. Sin embargo, la enfermería continúa reconociendo la importancia de la colaboración con otras disciplinas de atención a la salud para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Como resultado de esta información, quienes se dedican a los cuidados de la salud enfrentan el reto de poner el mismo énfasis en la salud emocional que en la salud fisiológica, así como reconocer la manera en que los problemas biológicos, emocionales y sociales se combinan para afectar a pacientes, familias y comunidades. Algunos problemas que las enfermeras y otros proveedores de servicios de salud deben enfrentar incluyen **abuso de sustancias**, indigencia, violencia familiar, trastornos alimenticios, traumatismos crónicos de **salud mental**, como depresión.

Las enfermeras pueden encontrar individuos con problemas de salud mentales en todos los ambientes en que se desempeñan y tienen la responsabilidad de reconocer y tratar la angustia emocional al tiempo que fomentan la salud emocional.

Algunas personas utilizan sustancias que alteran el estado de ánimo, en un intento por enfrentar los cambios de vida. Una persona que depende de dichas sustancias es incapaz de tomar decisiones saludables y de resolver problemas en forma eficaz. Con el tiempo se desarrollan problemas fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales como el resultado del uso continuado de sustancias. Estos problemas causan angustia, al individuo, la familia la comunidad. Hay quienes responden a su enfermedad o a la enfermedad de un ser querido utilizando fármacos o alcohol para reducir el dolor emocional. Las enfermeras trabajan con ellos y con sus familias para prevenir que incurran en conductas disfuncionales cuando enfrentan situaciones difíciles o problemáticas.

Sin el apoyo activo de la familia y del equipo de salud, hay más posibilidades de que se utilicen mecanismos de afrontamiento que no ayuden a la adaptación. Las observaciones clínicas tempranas de culpa o ansiedad son parte esencial del cuidado de enfermería.

OBJETIVO GENERAL:

Utilizar un método de trabajo específico de enfermería que facilite la identificación de las respuestas humanas alteradas por medio de la valoración, para planificar cuidados independientes e interdependientes basados en los diagnósticos médicos y de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer de manera integral a la persona.
- Llevar un seguimiento de la recuperación de la persona.
- Limitar complicaciones y posibles secuelas.
- Acelerar el proceso de rehabilitación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

GESTIÓN DEL CUIDADO

La gestión de los cuidados está orientada hacia la *persona*, al paciente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona. La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejoría continua del cuidado.

La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realizamos actualmente las enfermeras; en el contexto de la reforma sanitaria actual debe tender a ser primeramente enfermera polivalente. La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional.⁴

La dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados de enfermería, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA GESTION EN ENFERMERÍA: La gestión del cuidado de enfermería incluye lo disciplinario y lo profesional.

GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Rol Profesional:

“ Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, conservación, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente ” Art. 113 Código Sanitario (1997).

La enfermera gestora cumple su rol profesional apoyándose en su propia disciplina, en su experiencia como cuidadora y con otras ciencias como la administración, la economía, psicología, etc; para desarrollar cuidados de enfermería a individuos y grupos, en forma efectiva y eficiente con el fin de lograr un cambio positivo en su estado de salud (Soto,1996).

Puede ser una misma persona quién gestiona y brinda el cuidado; se presentan diferenciados: gestor y asistencial. La gestión del cuidado y el cuidado conforman una díada, representativa del quehacer de la enfermera, donde la primera sólo será delegable a otra enfermera, en cambio la segunda se podrá delegar en el personal auxiliar o en otra enfermera.

CONCEPTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

Generalidades:

- Esta presente en la historia del ser humano.
- Es multidimensional en el sentido de que tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan (lo ético), las características o elementos que lo definen como un fenómeno esencial de la profesión (lo ontológico) que presenta variaciones según el contexto en que se da, la forma en que se conoce a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico).
- Es complejo en el sentido de que ha evolucionado desde lo intuitivo a lo científico, y se puede definir de diferentes formas dependiendo del contexto en que se da y de las vivencias de las personas.

CONCEPTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

Algunos Atributos:

- Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas.
- Se basa en el respeto a las personas.
- Es intencional, es planificado, es dirigido.
- Es un proceso, tiene etapas.
- Relacional, es un proceso interpersonal.
- Su carácter es personal ya que implica una interacción profesional.
- Competente, requiere preparación profesional.
- Se da en un contexto, no es aislado.
- Se mueve en un continuo salud – enfermedad.

INDICADORES GESTIÓN DE CUIDADOS

- Los **Indicadores de Gestión** deben reflejar la calidad de la organización, su efectividad, eficiencia y eficacia. Para ello es imprescindible que los equipos de salud conozcan la estructura, el desarrollo y proyecciones de la organización. Junto a ello se definió la Visión, Misión, Objetivos y Metas de su Plan de Trabajo, desarrollado.
- **Indicadores de Gestión de Estructura Organizacional**
 - Normas Técnicas o Técnico – Administrativas específicas.
 - Normas de Coordinación.
 - Normas de Bio-seguridad.
 - Normas de Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
 - Instrumentos para la Supervisión.
 - Instrumentos para Auditorías.
 - Libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones.

- Programa o plan de trabajo explícito.
- Programa de formación de personal.
- Compromiso de gestión con la instancia que corresponda.
- Informe Técnico.
- Memoria anual.

EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO DE TEÓRIAS DE ENFERMERÍA

FILOSOFÍA

Nightingale (1860).
 Abdellah (décadas: 1960 y 1970).
 Wiedenbach (década 1960).
 Hall (década 1960).
 Henderson (década 1960).
 Leineinger (décadas: 1970 y 1980).
 Orem (décadas: 1950 – 1980).
 Watson (1979 y década del ochenta).
 Adam (década 1980).
 Parsy (década 1980).

RELACIONES INTERPERSONALES

Peplau (década 1950).
 Orlando (década 1960).
 Travelbee (década 1970).
 King (décadas: 1970-1980).
 Barnard (décadas: 1970-1980).
 Riehl (década 1980).
 Erickson, Swain, Tomlin (década 1980).

CAMPOS DE ENERGÍA Y SISTEMAS

Levine (décadas: 1970-1980).
 Fitzpatrick (décadas: 1970-1980).
 Rogers (décadas: 1970-1980).
 Newman (1970 y década 1980).

SISTEMAS

Neuman (décadas: 1970-1980).
 Roy (décadas: 1970-1980).
 Johnson (década 1980).⁵

TEORICAS EN ENFERMERIA

BETTY NEUMAN.

Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1985.

METAPARADIGMA:

Se basa en consideraciones filosóficas, la teoría de Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye y la teoría general de sistemas. Se centra en el estrés y la reducción del mismo.

Persona: Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno: (positivo ó negativo), de la cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta. Mantener un equilibrio.

Salud: Se refiere a como la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

Entorno: Se refiere en general a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos ó de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno.

Enfermería, rol del cuidado: Es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

Epistemología.

Betty Neuman. Utiliza el modelo de contenido abstracto y de ámbito general. Predice los efectos de un fenómeno sobre otro. (Teoría predictivas o de relación de factores), mediante el análisis de la información del cliente; principalmente diagnóstico, tratamiento e intervención.

Utiliza un sistema de prevención primaria, secundaria y terciaria para reducir los agentes estresantes del paciente/cliente.

Centra su modelo en el dinamismo y la globalidad para tratar la interacción entre un cliente y su entorno.

Considera a la persona/cliente de forma global según la visión de éste en relación a su percepción de lo externo, no en partes relacionadas con lo externo y como esta pueden influir en él. Debería partir de forma particular para llegar a un global, a un equilibrio holístico.

Considera la salud de forma individualizada viéndola desde el punto de vista de la persona/cliente, de como la siente.

Limita mucho las variables del entorno que influyen en la persona y nos la define explícitamente. Dando prioridad a lo psíquico y al estrés.

Postura enfermera tendente al paternalismo debido al desarrollo de intervenciones hipotéticas y la negociación del cambio prescrito con el cliente.

HILDEGARD PEPLAU. “MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema. Contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente. Tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.

Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro.

METAPARADIGMA.

Persona: La define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. La persona vive en equilibrio inestable.

Entorno: No lo define de forma explícita. La enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.

Salud: La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. La salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

Enfermería: Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Epistemología.

Hizo incorporaciones de las Ciencias de la Conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso.

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana,

Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase. Le faltaría definir que es la comprensión de la conducta de uno mismo, que es el cuidado a los demás, que es el apoyo, que es ayudar, en definitiva definir los constructos propios de enfermería en su modelo.

Se puede considerar deductiva ya que parte de teorías psicoanalíticas, quedando pendiente de definir los constructos propios de enfermería.

Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

1. - Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta Segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.
- 2.- Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.
- 3.- Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.
- 4.- El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto no puede considerarse con el calificativo de general.
- 5.- Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores.

PUNTOS IMPORTANTES DEL MODELO.

La asunción del modelo: se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente.

El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de interacciones, es, por tanto razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

MODELO DE IMONEGE KING. “TEORÍA DEL LOGRO DE METAS”.

INTRODUCCIÓN:

Comenzó a elaborar su teoría mientras era profesora asociada en la Universidad de Loyola. Utilizó un marco conceptual, para desarrollar un programa de Master en Enfermería.

En 1971, publicó “Toward a Theory for Nursing: General concepts of Human Behavior”, donde postuló más que una teoría un marco conceptual para ella.

Más tarde, en 1981, perfeccionó y publicó sus ideas en “A Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process”.

Propone un marco conceptual de sistemas abiertos como base para su teoría.

Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace especial hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.

METAPARADIGMA.

Persona: Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo.

Correcto autoconocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud.

Tiene tres necesidades de salud fundamentales:

- Información sanitaria útil y oportuna.
- Cuidados para prevenir enfermedades.
- Ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.

Sistema abierto con tres subsistemas: Personal, interpersonal y social.

Salud: La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima.

La salud es contemplada como los ajustes a los agentes estresantes del entorno interno y externo, ajustes que se realizan a través de la optimización del uso de los recursos para lograr el máximo potencial para la vida diaria.

Es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.

Entorno: No lo define explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y ambiente externo, en su enfoque de los sistemas abiertos.

Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

Enfermería: Hace relación a la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado.

Se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación.

Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo.

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se alcanzan las metas, se alcanza un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol

congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo).

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

Epistemología:

Sigue un modelo inductivo.

Las prácticas inductivas no definen, por tanto, no define que es enfermería.

King, intenta definirlo desde la teoría del logro de metas, que se basa en los conceptos de sistemas personales e interpersonales, entre ellos interacción, percepción, comunicación, rol de transacción, estrés, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio.

La enfermería, sería para ella, el estudio de las conductas y del comportamiento, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales

Se observa, por tanto, una clara dependencia de las teorías de la psicología.

Asume la interacción, enfermera/cliente.

Los fenómenos enfermeros son las transacciones que constituyen variables dependientes de las interacciones enfermera / cliente, que conducen al logro de objetivos.

CUIDADO COMO EL FOCO PRINCIPAL DE LA PROFESIÓN

Teoría General de Autocuidado Dorothea Orem (1972). Define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”.

Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud, define los sistemas de enfermeros como series y secuencias de acciones prácticas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Marriner, 2003).

El cuidado cultural de Madeleine Leininger (1976). Define enfermería como profesión humanista y científica, que se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar y facilitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud de un modo culturalmente significativo o beneficioso. Su visión de los

cuidados de enfermería esta dirigida a que las acciones o actividades profesionales de asistencia sean diseñadas de forma específica para que encajen con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas grupos o instituciones para ofrecer o dar apoyo a una atención sanitaria para el bienestar beneficioso y satisfactorio. (Marriner, 2003).

Filosofía y Ciencia del Cuidado Jean Watson (1979) El cuidado es el elemento central unificador de la práctica de enfermería: la esencia de enfermería. Un problema importante para la enfermería actual es la conservación y el avance del cuidado humano.

Al describir más claramente el papel de la enfermera en nuestra época (1995) plantea que se debe conceder más énfasis al cuidado transpersonal, la intencionalidad, la conciencia del cuidado y el campo del cuidado (Marriner, 2003).

Por lo anterior la enfermera profesional utiliza un método científico para proporcionar sus cuidados basados en el Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este ha sido modificado desde 1955 hasta 1997, inició con 3 etapas: valoración, planificación y ejecución, posteriormente se agregó la etapa de evaluación y en 1975 se añade la etapa de diagnósticos de enfermería dando lugar al proceso de 5 etapas estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.⁶

ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

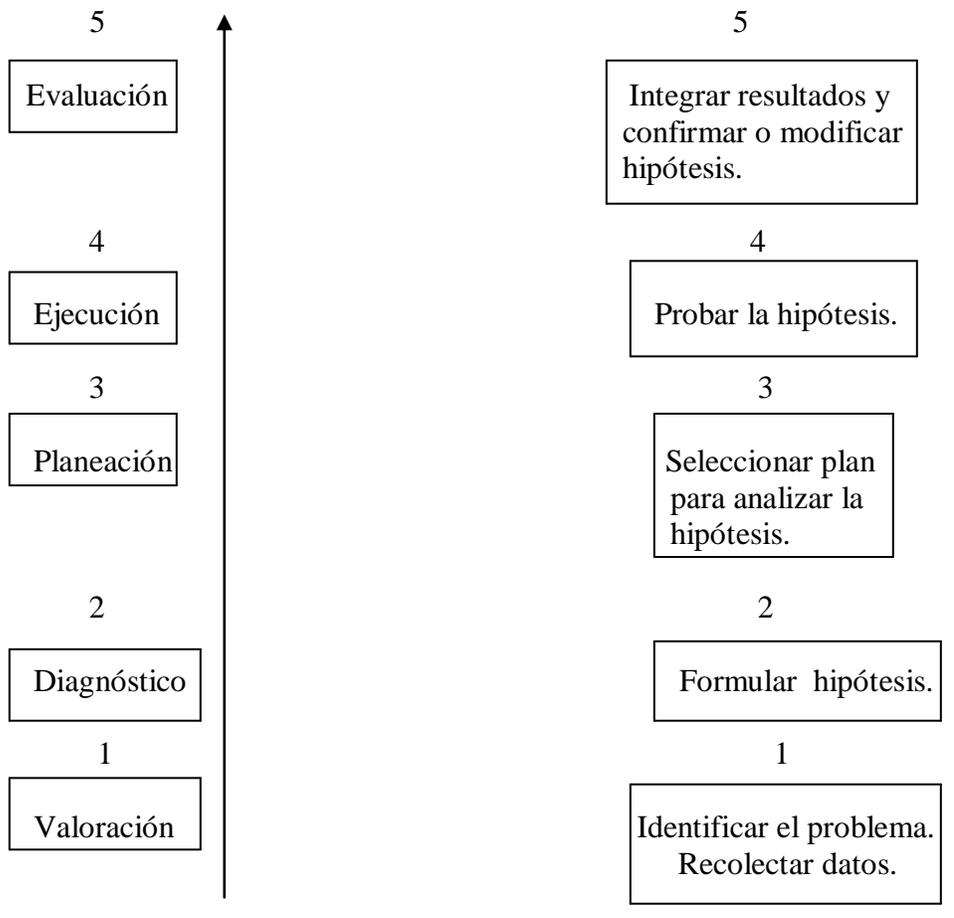
El PAE ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases”.

Para la A.N.A.* el PAE es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en nuestro terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) en nuestros días.

* (A.N.A.) Asociación Americana de Enfermería.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

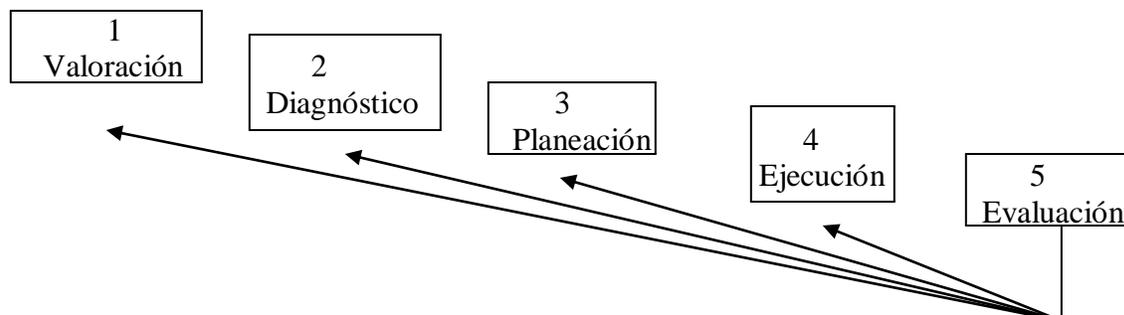
MÉTODO CIENTÍFICO



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”. (Alfaro, 1999).

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas.



La *valoración* nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

El *diagnóstico* consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La *planeación* es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

La *ejecución* consiste en llevar a la práctica el plan establecido mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

La *evaluación* permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

CARACTERÍSTICAS

Es un método, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario, el de la propia enfermera (o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.⁷

Con la aplicación del PAE se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el PAE complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.

RESPUESTA HUMANA

Es “la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad”, representando “todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería”.

Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de la salud.

El individuo, familia y comunidad pueden presentar una gran variedad de respuestas humanas que se agrupan por sus características en nueve patrones.⁸

- ❖ Intercambio: el mutuo dar y recibir.
- ❖ Comunicación: enviar mensajes.
- ❖ Relación: establecimiento de vínculos.
- ❖ Valoración: asignación de valores.
- ❖ Elección: selección de alternativas.
- ❖ Movimiento: actividad.
- ❖ Percepción: recepción de información.
- ❖ Conocimiento: significado asociado.
- ❖ Sentimiento: conocimiento subjetivo de la información.

1.- Patrón de intercambio:

Explora las funciones fisiológicas que realiza el organismo para mantener un equilibrio con su entorno, también se refiere a las conductas del individuo o grupo relacionadas con el cuidado y mantenimiento de la salud.

2.- Patrón de comunicación:

Aborda el proceso de “intercambio de ideas o pensamientos”, pero también “puede ser una transmisión de sentimientos” constituyéndose en una interacción personal y social; en donde la enfermera valora los factores que afectan este proceso para establecer un diagnóstico y determinar acciones de acuerdo a su campo de competencia.

3.- Patrón de relación:

Ubica al hombre como un ser social que convive y establece lazos afectivos que intervienen en su desarrollo, haciéndose necesario la identificación de situaciones que en determinado momento puedan afectar la salud del propio individuo o grupo.

4.- Patrón de valoración:

Abarca los procesos socio-culturales del individuo o grupo así como las creencias religiosas, con el fin de actuar en consideración a estos; para mantener o recuperar la salud y fomentar la fe y la esperanza.

5.- Patrón de elección:

Estudia todas aquellas respuestas de la persona ante una situación dada y considera el estrés “como un suceso o serie de circunstancias que originan una respuesta organizada”, por lo que la enfermera debe observar las manifestaciones del estrés y determinar en que medida la persona o grupo lo afrontan y logran la adaptación ya sea fisiológica, psicológica o socio-cultural.

6.- Patrón de movimiento:

Afirma que el hombre tiene la necesidad “de moverse libremente y sin dificultad para satisfacer sus necesidades básicas como la alimentación y eliminación. Una persona que se mueve voluntariamente tiene autonomía por consiguiente requiere menos de la participación de la enfermera. La actividad física permite conservar la salud y esta determinada en gran medida por hábitos y costumbres adquiridos.

7.- Patrón de percepción:

Analiza como el hombre percibe de forma diferente el entorno de acuerdo a su cosmovisión (postura filosófica ante la vida, conocimientos y experiencias); así como las dificultades en la percepción originadas por trastornos neurológicos o por la edad: también explora la autoimagen e identidad personal.

8.- Patrón de conocimiento:

Incluye la valoración del individuo desde el punto de vista de: información recibida, interés, capacidad de aprendizaje para el cuidado y alteraciones en los procesos del pensamiento.

9.- Patrón de sentimiento:

Considera las sensaciones molestas que tiene el individuo como resultado de la enfermedad y que guían sus pensamientos y actividades; también abarca las diversas experiencias relacionadas con el sentir particular de cada persona.

Durante mucho tiempo las enfermeras (os) se han dedicado a la identificación de respuestas fisiopatológicas como resultado de la enfermedad, debido a que la formación y ejercicio profesional ha girado en torno a ellas. Al definir la enfermería su campo de acción específico, se hace necesario centrar la atención en las respuestas humanas para conocerlas y aprender a identificarlas; situación que solo será posible si existe una interrelación estrecha con el usuario además de la utilización de las teorías o modelos de enfermería que guíen y permitan la detección de las múltiples y variadas reacciones del ser humano.
Diagrama 1.

RESPUESTA FISIOPATOLÓGICAS

Es la forma de responder del organismo ante el proceso de la enfermedad que se hace evidente a través de manifestaciones objetivas y subjetivas; estas respuestas por un lado permiten conservar la homeostasia, pero también pueden conducir a su pérdida o recuperación.

Por lo tanto la enfermera tiene dos funciones básicas: las funciones interdependientes que consisten en colaborar con otros miembros del equipo de salud en el tratamiento de la persona y están basadas en el diagnóstico médico, las funciones independientes indican en el cuidado que la enfermera proporciona basado en el diagnóstico de enfermería y en el que como profesional de la salud se hace responsable de una manera autónoma. Diagrama 2.

DIAGRAMA 1. RESPUESTAS HUMANAS Y FISIOPATOLÓGICAS

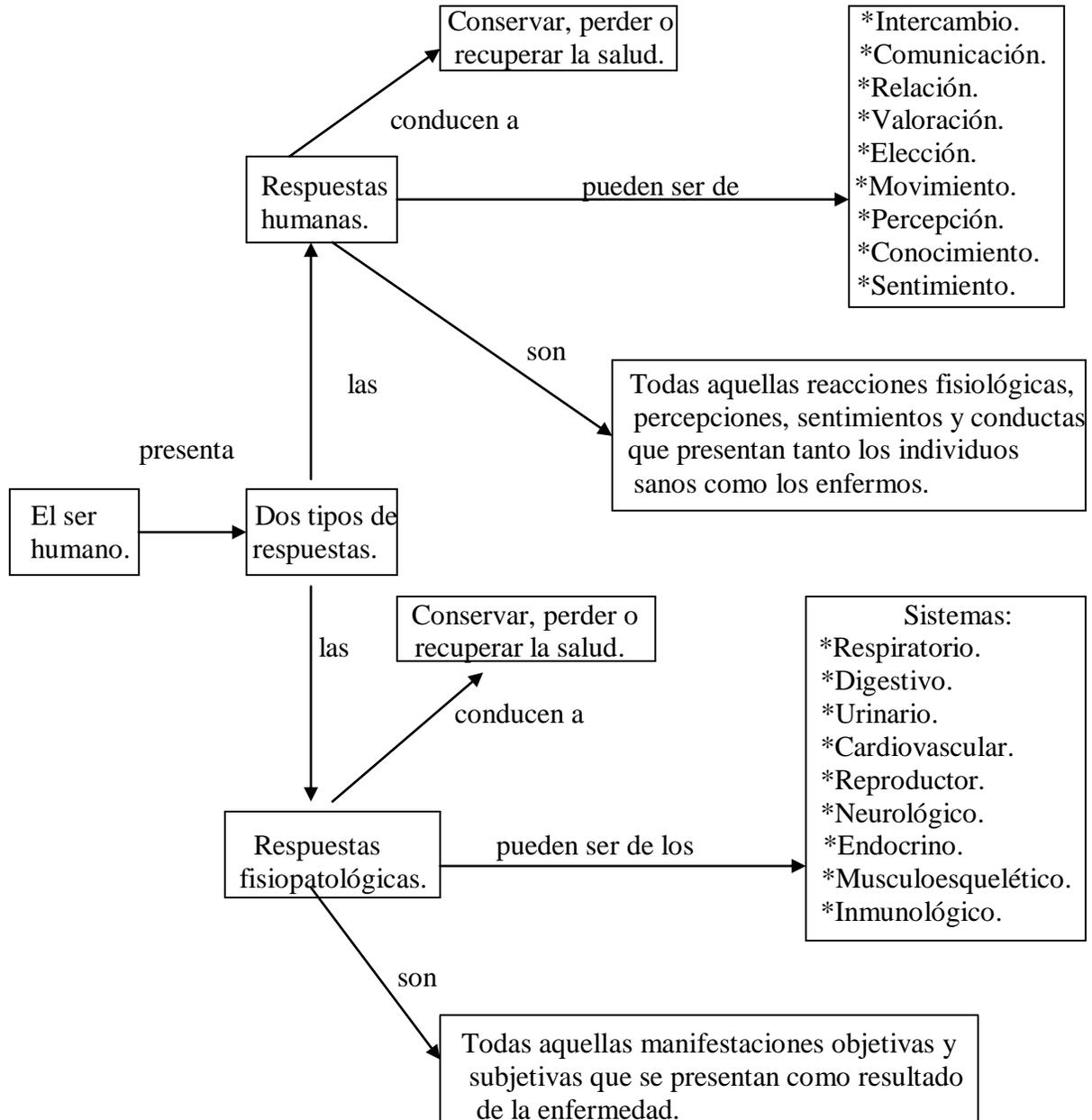
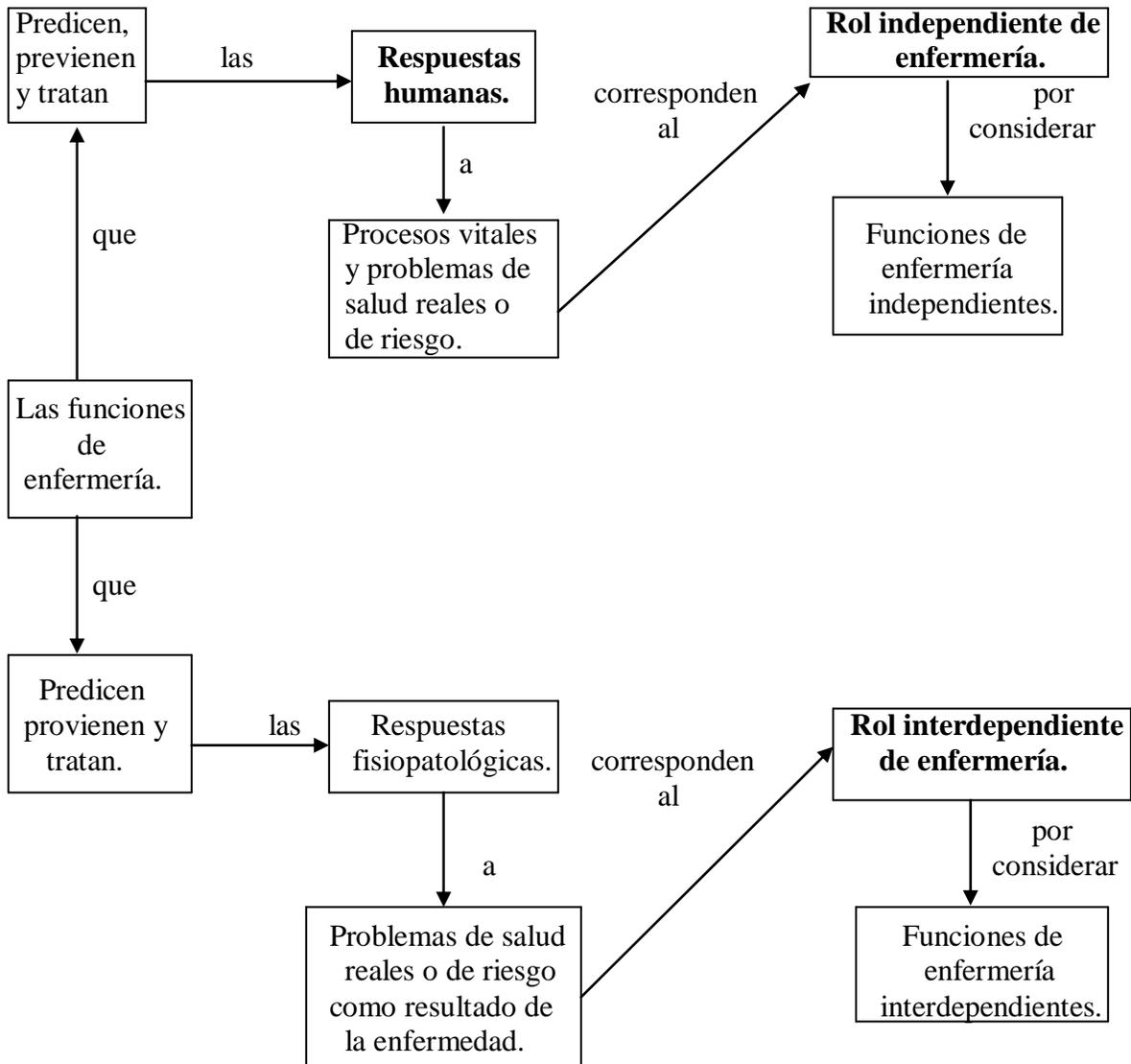


DIAGRAMA 2. FUNCIONES DE ENFERMERÍA



CAPÍTULO II

CÉDULA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Unidad: Hospital Santa Coleta. Servicio: Medicina interna. Cama: 304.
Nombre: E.T.A. Edad: 55 años. Sexo: Femenino.
Procedencia: México D.F. Fecha de admisión: 28 de Agosto del 2008.
Fuentes de información: Directa o indirecta.
Fecha de elaboración de la cédula: 29 de Agosto del 2008.
Diagnóstico médico: Intoxicación por benzodiazepinas + alcoholismo.

MOTIVOS DE INGRESOS:

1- PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: INTERCAMBIO.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza.- no hay prominencias óseas. Cara.- en región frontal no hay presencia de hematomas ni escoriaciones, en región palpebral hay presencia de hematoma y edema. Nariz.- puente nasal con presencia de equimosis, se observan narinas sin presencia de sangrado.

Cuello.- cilíndrico, con adecuado arco de movilidad; no se palpa adenomegalias.

Tórax.- normolineo, glándulas mamarias, simétricas, sin lesiones.

Extremidades torácicas.- extremidades superiores presentes, sin deformidades, se observa en miembro torácico izquierdo herida de aproximadamente 2cm en pliegue de muñeca, en proceso de cicatrización, por lo que refiere “dolor constante en la mano”.

Abdomen.- de aspecto globoso a expensas del panículo adiposo, sin cicatrices, a la palpación media y profunda en todos los cuadrantes no refiere dolor.

Extremidades pélvicas: Extremidades inferiores.- sin deformidades; se observan redes venosas de tipo varicoso.

Genitales.- de acuerdo a edad y sexo, no se observan lesiones.

CARDIOVASCULAR

Cardíaco: Frecuencia: 82x' Ritmo: Sinusal Intensidad: Normal →3

Tensión Arterial: Brazo derecho: 100/60 mmHg Brazo izquierdo: 110/60 mmHg.

CEREBRAL

Nivel de conciencia: Valoración de escala de Glasgow de 11-12. Reflejo Pupilar: Normal.

Orientación: Persona: Orientada Lugar: Desorientada Tiempo: Desorientada

PIEL

Características de la piel: Integra, piel blanca con hidratación de tegumentos.

Edema: Si Clasificación: ± Localización: El mencionado en el área de la cara.

Venopunción: Si. Con Sol. ClNa 1000ml más 1amp MVI (multivitaminico) p/8hrs.

Localización: Miembro torácico izquierdo.

OXIGENACIÓN

Respiración.- campos pulmonares ventilados, sin estertores ni sibilancias; a la percusión con claro pulmonar adecuado. Frecuencia: 28x' Amplitud: Profunda Ritmo: irregular.

Dificultad para respirar: Si Tos productiva /seca: No Características de las secreciones:---

Uso de oxigenoterapia: Si. O₂ 3Lx' Puntas nasales: Si Mascarilla: ---- Ventilador:---

Parámetros del ventilador: ---- Presencia de cánula endotraqueal / traqueostomía:----

Nebulizaciones:---- Llenado capilar: 2 a 3 seg.

REGULACIÓN FÍSICA

Temperatura corporal: 36.5°C

NUTRICIÓN

Talla: 1.78cm. Peso anterior: Lo desconoce. Peso actual: 84kg. Peso ideal: 75kr.
IMC=26.5

Dieta habitual: Normal

Número de comidas en 24 hrs: 5 comidas Problemas de masticación y deglución: No

Intolerancia alimentaria / alergias: Ninguna

Uso de suplemento alimenticio: No

Alimentos que no le gustan: Ninguno

Uso de vitaminas: No

Presencia de náusea: No Vómito: No Características:----

Dieta indicada por el médico: Líquidos claros.

Características de cabello y uñas: Cabello.- largo por debajo de los hombros, abundante, adecuada implantación, limpio, teñido de color rubio, con presencia de algunas canas.
Uñas.- largas, limpias, sin lesiones.

Aspectos de dientes y encías: Dientes.- se observan sin caries ni amalgamas y encías sin problemas.

Lengua.- sin huella de lesión ni mordedura.

Mucosas orales: Hidratadas Dentadura: Completa: Si Incompleta:----

Piezas dentarias faltantes:---- Prótesis dental : Fija: ---- Móvil: ----

ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales: 2 veces al día. Características: Heces blandas, café, formadas en cantidad normal.

Peristaltismo: A la auscultación peristalsis presente, con movimientos de 8x´.

Uso de laxantes: No

Orina: Sonda foley → drenando 1600ml en 24hrs. Características: Amarillo ámbar.

2- PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: COMUNICACIÓN.

Sabe leer: Si Sabe escribir: Si Limitación cognitiva: No

Preferencias para leer: A veces revistas.

Dificultad para hablar: Si. Por los efectos de la intoxicación. En caso positivo ¿Cómo se comunica?

Tiene comunicación con sus familiares referente a sus problemas: No, ya que vive sola.

3- PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: RELACIÓN.

Estado civil: Divorciada. Escolaridad: Preparatoria.

Hijos: Si X No ___ Número: 1

Vive con: Sola, su hija actualmente vive en Malasia.

Ocupación: Hogar Trabaja actualmente: No

Fuente de ingreso: Arrendataria; con ingreso económico mensual de aproximadamente \$ 42,000,00.

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? Si

¿Qué actividades le hace sentir útil y satisfecho?: Hacer el quehacer de la casa y escuchar música.

Tiene facilidad para relacionarse con otras personas: No

Personas que le pueden ayudar durante su enfermedad: Hermana.

¿Cuánto tiempo pasa sola habitualmente? ”Refiere estar siempre esta sola”.

Como canaliza las situaciones de tensión en este momento: Mostrándose ansiosa, agresiva, con autoagresión y agitación.

Su estado emocional influye en la relación intrafamiliar: Si

4- PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: VALOR.

Religión: Cristiana.

¿Sus creencias le generan conflictos personales? No

Principales valores personales: Amor , respeto y honestidad.

¿Necesita la atención de algún guía espiritual?: Si

Utiliza alguna prótesis: No ¿Cuál?---- Necesita ayuda para la deambulaci3n: No

Expresa desesperanza por limitaciones f3sicas: No

Realiza rutina de ejercicio: No Cada cuando: ----

Descansa durante el d3a: Si Cuanto tiempo: 1-2 horas.

Cuantas horas duerme durante la noche: 8 a 10 horas.

Tiene dificultad para dormir: Si, insomnio inicial. ¿Se siente cansado al levantarse?: Si.

Utiliza alg3n medicamento para dormir: Si (Tafil 0.50mg antes de dormir).

7- PATR3N DE RESPUESTA HUMANA: PERCEPCI3N.

Cu3l es el concepto que tiene de s3 mismo: “Que soy una mujer que no vale nada”.

Como es su manera de ser habitualmente: Alegre: X Triste: ___ Callado: ___
Comunicativo: ___

Car3cter: Fuerte: X D3bil: ___

Cree que su personalidad ha cambiado con la enfermedad: Si, hay momentos que me siento fea y sola.

La enfermedad le causa: Resignaci3n: ___ Rebeld3a: ___ Deseo de morir: X
otros:----

Su enfermedad le hace perder el control con facilidad: si: X no: ___

PERCEPCI3N SENSORIAL.

Existe alguna alteraci3n en:

Vista: si: ___ no: X cual: ----

O3do: si: ___ no: X cual: ----

Olfato: si: ___ no: X cual:-----

Gusto: si: ___ no: X cual:----

Tacto: si: ___ no: X cual:----

Reflejos: si: X no: ___ cual: Hay disminuci3n en la coordinaci3n de movimientos.

**8- PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: CONOCIMIENTOS.
PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.**

Conoce la causa que le ocasionó la enfermedad: Si el alcoholismo.

Cual fue el motivo de su hospitalización: Intoxicación por benzodiazepinas más alcoholismo.

Conoce el diagnostico medico: Si

DATOS PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Toxicomanías: Si

Tabaquismo: Refiere “fumar de 5 a 10 cigarrillos diarios”.

Alcoholismo: Refiere “consumir una copa cada tercer día”.

DATOS PERSONALES PATOLÓGICOS:

Cirugías previas: No Transfusiones sanguíneas: No

Alergias: No Traumatismos: No

Hospitalizaciones previas: Si Motivo: Por intoxicación por benzodiazepinas y otra por parto.

Sobre peso u obesidad: No Diabetes Mellitus: No

Cáncer: No Localización:----

ANTECEDENTES FAMILIARES:

a) Hipertensión: b)Diabetes X c)Obesidad X d)Cáncer e)Tuberculosis f)Sífilis
g) Otras (especificar).

Que medicamentos tomo antes de hospitalizarse: (Nombre, dosis, horario y por cuanto tiempo).- refiere “ que tomo Tafil y Paxil no recuerda dosis, ni hace cuanto tiempo consumió el medicamento”.

Conoce que medicamentos toma actualmente: Si y para que se los indicaron: Para poder dormir.

¿Solicita alguna información? No ¿Cuál?:----

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

Casa: Propia (X) Alquilada ()
Tipo: Sola (X) Departamento: () Vecindad ()
Pisos: Concreto: (X) Tierra () Mixta ()
Muros: Tabique (X) Madera () Cartón ()
Techo: Concreto (X) Lamina ()
Baño: Familiar (X) Colectivo () Letrina ()
Fauna. Aves () Gatos () Perros ()
Número de habitaciones: 4
Número de integrantes de la familia: 1

SERVICIOS PÚBLICOS:

Agua intradomiciliaria (X) Extra domiciliaria ()
Drenaje: si (X) no ()
Eliminación de basura: Camión recolector (X) Quema de basura ()
Pavimentación: si (X) no ()

9- PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: SENTIMIENTOS. DOLOR / MALESTAR.

Su enfermedad le causa dolor: No Características del dolor:----

Emocional, integridad: Se encuentra en un estado de ansiedad, desesperación y soledad.

¿Cómo se siente emocionalmente en este momento? Desesperada y sola.

Siente ansiedad: si: X no: ---- ¿Por qué? Porque estoy sola.

ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS

RESPUESTA HUMANA ALTERADA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS ACTUALES	DATOS HISTORICOS
<p>I.- Intercambio: Exploración física Cabeza</p> <p>Cerebral</p> <p>Piel</p> <p>Oxigenación</p>	<p>En región palpebral hay presencia de hematoma y edema. Nariz.- puente nasal con presencia de equimosis.</p> <p>Herida de aproximadamente 2cm en pliegue de muñeca, en proceso de cicatrización.</p> <p>Escala de Glasgow de 11-12.</p> <p>Orientación: Lugar y tiempo → desorientada.</p> <p>Edema de una +; en el <u>área de la cara.</u></p> <p>Amplitud: <u>Profunda</u> Ritmo: <u>Irregular.</u></p> <p>Dificultad para respirar: <u>Si.</u></p>	<p><u>Refiere “dolor constante en la mano”.</u></p>	<p>Venopunción: <u>Miembro torácico izquierdo.</u> Con Sol. ClNa 1000ml más 1 amp MVI (multivitamínico) P/8hrs.</p> <p>Oxigenoterapia.- O₂ 3Lx', con puntas nasales.</p>	<p>Redes venosas de tipo varicoso.</p>

II.- Comunicación		Tiene dificultad para hablar ya que se encuentra aun con efectos de la intoxicación.		
III.- Relación	Se observa ansiosa, agresiva, con autoagresión y agitación.	<u>Refiere “estoy siempre sola”.</u>		Es arrendataria. Divorciada, vive sola, no le es fácil relacionarse.
IV.- Valor		<u>Refiere considerarse “buena persona, aunque a veces siento que no valgo nada”.</u>		
V.- Elección	Manifiesta su problema con indiferencia. Muestra rechazo ante el tratamiento.	No pide ayuda a ningún grupo, no acepta su enfermedad. <u>Refiere “puedo morir al no continuar con su tratamiento”.</u>		No tiene derecho a ningún servicio de salud
VI.- Movimiento		Tiene dificultad para dormir con insomnio inicial, sintiéndose cansada al levantarse.	Utiliza Tafil 0.50mg antes de dormir.	Duerme aproximadamente de 8 a 10 hrs. No realiza actividad física.

<p>VII.- Percepción</p> <p>Sensorial</p>	<p>En los reflejo.- hay disminución en la coordinación de movimientos.</p>	<p>Refiere <u>“no valer nada”</u>, es alegre y de carácter fuerte; con cambios de su personalidad y deseos de morir. Con facilidad de perder el control.</p>		
<p>VIII.- Conocimientos</p> <p>Problemas actuales de salud.</p>		<p>Conoce su diagnóstico, refiere “fumar de 5 a 10 cigarrillos diarios”, refiere “consumir una copa cada tercer día”.</p> <p><u>Refiere “ que tomo antes de hospitalizarse Tafil y Paxil no recuerda dosis, ni hace cuanto tiempo consumió el medicamento”.</u></p> <p>Conoce signos y síntomas referentes a su problema.</p>	<p>El motivo de su hospitalización: intoxicación por benzodiazepinas + alcoholismo.</p> <p>Conoce medicamentos que consume y se los indicaron para dormir.</p>	<p>El alcoholismo le ocasiono su enfermedad. Con antecedentes de toxicomanias.</p> <p>Con hospitalizaciones anteriores por el mismo motivo.</p> <p>Con antecedentes familiares de diabetes y obesidad.</p>
<p>IX.- Sentimientos</p>	<p>Se encuentra en un estado de ansiedad, desesperación y soledad.</p>	<p><u>Refiere sentirse “desesperada y sola” en este momento.</u></p>		

PLAN DE CUIDADOS

29 de Agosto del 2008.

Nombre: E.T.A.

Problema interdependiente: Intoxicación por benzodiazepinas.

Definición: Es la tendencia irresistible de tomar sustancias tóxicas de manera abusiva y repetida que alteran el estado de ánimo y la conducta, induce una sensación de paz, de falta de movimiento, de aislamiento y el sujeto siente bienestar y euforia.

Complicación potencial: Depresión respiratoria, disminución del estado de alerta, confusión mental, hipotensión arterial sistémica, ataxia, edema pulmonar, coma y muerte.

Problema interdependiente: Alcoholismo

Definición: Dependencia física y psicológica extrema al alcohol asociada con la aparición progresiva de trastornos en el comportamiento. Es una enfermedad crónica de comienzo lento e insidioso que puede aparecer a cualquier edad.⁹

Complicaciones: Hipotensión arterial sistémica, depresión respiratoria, cirrosis hepática, cambios en la personalidad; en alcoholismo crónico se producen alteraciones funcionales y orgánicas de carácter gastrointestinal, hepático, neurológico y mental como la psicosis aguda y crónica como el Delirium Tremens.

INDICACIONES MÉDICAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
FUNCIONES INTERDEPENDIENTES				
Solución Fisiológica 1000ml p/8hrs	La solución cloruro de sodio al 0.9% tiene una osmolaridad total de 308 mosm/L; como esta ultima corresponde a los electrolitos, la solución permanece en el medio extracelular. Por tal razón, es frecuente que se emplee para corregir el déficit del líquido extracelular.	24:00 hrs-8:00 hrs	Se realiza venopunción en miembro torácico izquierdo, con la verificación anticipada de los 5 correctos. Se utiliza una bomba de infusión para que pase el goteo que es requerido.	En el procedimiento la paciente se muestra agresiva sin deseos de cooperar por lo que se fija muy bien la venopunción cubriéndola con un vendaje.
Multivitamínico (MVI 12 adulto) sol. Inyectable 5ml. Vía intravenosa	La formula multivitaminica acuosa para infusión IV, contiene una combinación de las vitaminas lipo e hidrosolubles mas importantes. Infusión IV, ya que por medio de un proceso especial las vitaminas liposolubles A, D y E han sido solubilizadas en medio acuoso, permitiendo la administración intravenosa de dichas vitaminas. Es especialmente útil durante la alimentación parenteral, ya que contiene las cantidades diarias necesarias de vitaminas; también contribuye a la administración de las vitaminas para mantener una normalidad en la resistencia corporal y en los fenómenos de reparación tisular. Reacciones secundarias: rash, nausea, vomito y en algunas ocasiones choque anafiláctico en pacientes susceptibles. ¹⁰	24:00 hrs-8:00 hrs	El frasco multivitaminico de MVI 12 ADULTO de 5ml se aplica en la solución fisiológica de 1000ml para que conjuntamente pasen al mismo tiempo.	No se presenta reacciones adversas.

<p>O₂ a 3L x´ por puntas nasales de forma continúa.</p>	<p>Recurso terapéutico de suma utilidad en múltiples situaciones patológicas que cursan con hipoxemia. Sus indicaciones, por tanto, son muy diversas, así como los métodos de suministro de oxígeno y las puntas de administración requeridas en cada caso, que deben ajustarse a las necesidades individuales del paciente.</p> <p>El oxígeno es un componente del aire que respiramos, pero cuando se administra de forma artificial, debe ser manipulado y considerado como un fármaco y, por lo tanto, capaz de producir daños si su uso no es correcto; el oxígeno se administra a una velocidad por medio de flujo; también debe humidificarse, para prevenir la sequedad del tracto respiratorio; esta humidificación artificial sustituye a la propia del aire normal que respiramos.¹¹</p>	<p>24:00 hrs → Continuo.</p>	<p>Se conectan las puntas nasales al suministro de oxígeno y se adecua el flujo de oxígeno que se requiere; se colocan las salientes de las puntas nasales en las narinas de la paciente, pasando el tubo que provee oxígeno por encima de las orejas.</p>	<p>La paciente se muestra ansiosa e intranquila a la colocación de las puntas nasales. Se corrigieron las alteraciones en el patrón respiratorio.</p>
<p>Lavado gástrico con agua inyectable.</p>	<p>Es la aspiración del contenido estomacal y la limpieza del interior del órgano por medio de una sonda gástrica de gran calibre. El lavado del estómago se realiza con agua o solución salina estériles; es de importancia separar la primera muestra de lavado de las demás para el análisis toxicológico. Sus finalidades son: para la extracción inmediata de una sustancia ingerida con el objetivo de disminuir su absorción sistémica, para vaciar el estómago antes de técnicas endoscópicas y para diagnosticar hemorragia y detenerla.</p>	<p>1:00 hrs</p>	<p>Se prepara material y equipo que se requiere, se coloca a la paciente en posición decúbito lateral izquierda con la cabeza inclinada unos 15° hacia abajo, se asiste al médico en el procedimiento, se repite el lavado gástrico hasta que el líquido fue relativamente limpio, se ocuparon 5 L de agua inyectable.</p>	<p>Durante el lavado gástrico se obtiene restos de medicamentos y líquido con olor alcohol.</p>

<p>Instalación de sonda foley a permanencia.</p>	<p>Extracción de la orina mediante un catéter introducido en la vejiga a través del meato urinario y la uretra. El sondaje vesical tiene diversas indicaciones y es una técnica habitual, pero el reconocimiento de la elevada incidencia de infecciones urinarias asociadas con esta práctica ha hecho que se utilice solo en caso de absoluta necesidad. Ante dificultades de evacuación urinaria. La técnica se emplea en caso de retención urinaria, para determinar la cantidad retenida, o en ocasiones para recoger orina estéril para análisis, así como para colocar una sonda vesical a permanencia o de retención, en especial después de una intervención genitourinaria. Es esencial mantener una técnica estéril durante el procedimiento de sondaje.</p>	<p>24:30 hrs</p>	<p>Se le explica a la paciente el procedimiento que se le va a realizar, se coloca a la paciente con las rodillas flexionadas y las piernas en abducción; se asiste al médico en la técnica de sondaje, ya que se recibe el primer chorro de orina, se toma una muestra de orina, se infla el balón con 5ml sol fisiológica y se fija al muslo derecho de la paciente dejando la sonda conectada a una bolsa de drenaje urinario a derivación.</p>	<p>Por la agitación psicomotriz y la confusión mental que presenta la paciente, se intento retirar la sonda aproximadamente a las 2:00am causándose un ligero sangrado.</p>
<p>FUNCIONES INDEPENDIENTES</p>				
<p>Monitorizar el estado de conciencia cada 2 hrs.</p>	<p>Evaluación del estado y síntomas neurológicos de un paciente. Si el paciente esta orientado y alerta, se le interroga acerca de la existencia de la debilidad, cefaleas, dolor, temblores, nerviosismo, irritabilidad, cefaleas o somnolencias. Se recoge la información haciendo alusión a las lagunas o pérdidas de memoria, periodos de confusión, alucinaciones y episodios de perdida de conciencia. Se observaran aspectos generales de la paciente, la expresión de la cara, el nivel de atención,</p>	<p>24:00 hrs- 2:00 hrs- 4:00 hrs- 6:00 hrs.</p>	<p>Se valora el estado de conciencia, utilizando como instrumento la escala de Glasgow.</p>	<p>Se obtiene en promedio parámetros de 11 en la valoración del estado de conciencia.</p>

	respuestas a estímulos verbales y dolorosos, estado emocional, coordinación del equilibrio, el tamaño de las pupilas, etc; así mismo se señalaran signos que evidencien el estado de conciencia en el que se encuentre el paciente.			
Monitorización de signos vitales c/2 hrs.	Las señales o reacciones que presenta un ser humano con vida que revelan las funciones básicas del organismo. Los Signos Vitales son: <i>respiración, pulso, reflejo pupilar, temperatura y presión arterial</i> . Se valoran en un inicio cada 15 minutos, posteriormente cada 30 minutos y así hasta que los parámetros se estabilicen.	24:00 hrs- 2:00 hrs- 4:00 hrs- 6:00 hrs.	Tanto la frecuencia cardiaca como el pulso y la temperatura se mantienen dentro de los límites normales, no así, la frecuencia respiratoria que presenta intervalos de 28-30x` la saturación de oxígeno presenta variaciones entre 73-93%.	Se observa que los signos vitales presentan variaciones importantes cuando la paciente se muestra agresiva y ansiosa.
Control de líquidos estricto por turno.	Para mantener la homeostasis, los líquidos corporales deben intercambiarse entre dos compartimentos, el compartimiento extracelular que abarca el líquido situado fuera de las células y el compartimiento intracelular que abarca el líquido situado dentro de las células. Los desplazamientos anormales entre ambos compartimentos, pueden dar lugar a un exceso o defecto de líquidos. Se puede producir una deshidratación en el árbol vascular y al mismo tiempo haber un exceso de líquido en el espacio intersticial. En el caso de déficit de líquidos la decisión de administrar líquidos debe de individualizarse según la valoración cuidadosa, en la que se tengan en cuenta problemas relacionados con	24:00 hrs- 7:00 hrs.	Se valora y se registra la cuantificación de líquidos entrantes por vía oral e intravenosa y de líquidos que egresan, se cuantifica la orina, heces y las pérdidas insensibles durante el turno.	Se valora desde su ingreso 24:00hrs hasta el cambio de turno 7:00hrs. El balance de líquidos fue positivo.

	la deshidratación, los posibles riesgos y beneficios de la reposición hídrica y los deseos de la paciente. ¹²			
Posición semifowler de forma continua.	<p>Se trata de una posición dorsal en un plano inclinado de tal modo que la espalda forme un ángulo de unos 35° con la horizontal. Se obtiene al elevar unos 30-40 cm la cabecera de la cama. Las extremidades inferiores pueden mantenerse flexionadas a nivel de las rodillas o bien en un plano inferior. Las aplicaciones de esta son diversas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se emplea para practicar numerosas técnicas. • Proporciona mayor comodidad a pacientes con problemas cardíacos o respiratorios. • Favorece el drenaje después de operaciones abdominales.¹³ 	24:00 hrs → Continuo.	Se le da posición a la cama aproximadamente a 45°, además se coloca una almohada en cabeza.	Se observa que mejora la respiración y la actitud de la paciente.

Comentarios: Los cuidados proporcionados fueron favorables para la desintoxicación de la paciente, al llevarse a cabo de forma rápida y adecuada, sin embargo, aun cuando se tuvo el cuidado continuo para proteger su integridad física sufrió autolesiones que, a nosotros como personal de enfermería, nos queda claro que en este tipo de enfermos, debemos aplicar la sujeción física de manera oportuna.

Es importante considerar a la persona alcohólica como un enfermo que puede ser cuidado y que requiere de tiempo, paciencia y comprensión debido a las numerosas recaídas; el personal de enfermería debe recordar estos aspectos para que pueda adoptar y mantener una actitud terapéutica que excluirá el desprecio, el rechazo o los propósitos moralizadores.

Con respecto a los exámenes de laboratorio no fue posible consultarlos ya que aun se tiene la idea de que el medico es el indicado para interpretarlos, por lo tanto, están bajo su resguardo. Es un reto para el personal de enfermería ganarse el reconocimiento como profesional y ser parte integrante del equipo multidisciplinario y que además tiene el conocimiento para interpretar los exámenes de laboratorio, porque además estos le sirven para identificar alguna complicación potencial.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión relacionado con agitación psicomotriz inesperada.¹⁴

Definición: Estado en el que una persona está expuesta al riesgo de lesionarse debido a un déficit fisiológico o de percepción, al desconocimiento de los peligros o a la edad de maduración.

Resultado esperado: La Sra. E.T.A. no presentará lesión alguna durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN
Proporcionar un ambiente seguro durante su estancia hospitalaria.	Las condiciones ambientales favorables incrementan el contacto del paciente con la realidad del entorno, un ambiente tranquilo, calmado y silencioso disminuyen la agitación del enfermo.	24:00 hrs → Continuo.	Se le habla con un lenguaje, claro, tranquilo y pausado. Se suben los barandales de la cama. Se colocan cojines alrededor de los barandales.	La paciente se muestra en ocasiones inquieta y agresiva verbal y físicamente hacia el personal.
Sujeción física hasta que disminuya o desaparezca la agitación psicomotriz.	A fin de evitar que la paciente se lesione asimismo; esto es desagradable tanto para las enfermeras como para el enfermo. Cuando es necesario usar la sujeción, se deberá de disponer de varias enfermeras que actúen en forma coordinada. Observar los gestos, las expresiones y los propósitos del enfermo para anotarlo posteriormente, esto facilitará la comprensión del estado de agitación tanto a nivel de su significación (respuesta a un sentimiento de frustración, de contrariedad, etc.), como a nivel de su	24:40 hrs	Se aplica sujeción suave, en los miembros superiores e inferiores a través de apósitos y vendas.	Se retira sujeción a las 9:00hrs ya que desaparece la inquietud y la agresividad.

	<p>naturaleza (agitación delirante, confusa, depresiva, neurótica, etc.); teniendo prudencia ante una actitud hostil, aunque el riesgo de agresividad sea raro. La actitud y los pronósticos del personal de enfermería no deben ser considerados como una amenaza de sensación al enfermo, si no más bien debe ser una incitación al diálogo, la actitud de la enfermera convencerá al paciente que la actitud tomada no constituye un castigo, que es una medida de emergencia aplicada con pesar, pero sin mala voluntad, y que se interrumpirá lo más pronto posible.¹⁵</p>			
<p>EVALUACIÓN: Antes de que se hiciera la valoración y llegáramos a este diagnóstico la Sra. E. presentó agitación psicomotriz causándose algunas lesiones en la piel al retirarse bruscamente la sonda nasogástrica y la venopunción. Por lo que es importante que cuando una persona con intoxicación con algún medicamento o sustancia se valore de manera integral y de forma conjunta con el médico, ya que la frecuencia de este tipo de lesiones es muy alta, y se ha observado que por lo regular el personal de enfermería presenta sentimientos de temor y rechazo a la hora de atender a estos pacientes.</p> <p>Posterior a los cuidados que se le proporcionaron, aún cuando tenía momentos de agitación, ya no se lesionó con esto queda demostrado que las intervenciones de enfermería, de manera oportuna evitan daños en la integridad física de la persona y es necesario que se este capacitando continuamente sobre el cuidado al enfermo con alteraciones mentales.</p>				

Diagnóstico de enfermería: Violencia relacionada con los efectos secundarios a la intoxicación a las benzodiazepinas y alcoholismo manifestado por lenguaje florido, vulgar, sarcástico y movimientos amenazantes.

Definición: Estado en el que una persona es o puede ser agresivo hacia personas u objetos.

Resultado esperado: Que la Sra. E. disminuya el número de eventos de violencia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>Proporcionar un ambiente de confort.</p>	<p>Comprende el ambiente físico y sus riesgos potenciales, antecedentes culturales y relaciones interpersonales, así como los sistemas de apoyo moral y emocional de que dispone el sujeto. El cuidado del paciente se inicia desde el momento de la admisión en el ambiente terapéutico del hospital; se debe proporcionar el ambiente adecuado para las necesidades del enfermo, por lo que el hospital debe adaptarse a cada paciente proporcionando seguridad y una atmósfera de cordialidad, comodidad y relajación en el cual la recuperación sea factible.</p> <p>Las técnicas de control de las crisis pueden ayudar a prevenir la escala de la agresividad y ayudan a la persona a lograr el autocontrol.</p> <p>Ser conciente de que la oscuridad puede aumentar la desorientación y favorece la</p>	<p>1:00 hrs → Continuo.</p>	<p>Se disminuye los estímulos ruidosos.</p> <p>Se dan explicaciones breves y concisas, se evitan por el momento comentarios que le provocan sus crisis de agresividad. Durante el tiempo en el que se tuvo contacto con ella se cuida de que nuestra actitud transmitiera tranquilidad y el tono de voz fue suave, se cuida de no emitir juicios de valor.</p> <p>Se evita mirarla fijamente y de manera retadora a los ojos.</p>	<p>Se observa que el ambiente terapéutico que se le proporciona a la paciente disminuye paulatinamente la agresividad, mostrándose más tranquila, sin embargo cuando la visita la hermana, presenta agresiones verbales hacia ella.</p>

	<p>susplicacia. Se deben aplicar las medidas menos restrictivas y las más seguras y eficaces.¹⁶</p>		<p>Se da la oportunidad de que exprese sus sentimientos.</p> <p>Se retira todo objeto que pueda usarlo como arma.</p> <p>Se proporciona una habitación individual.</p> <p>Se disminuye la intensidad de la luz.</p>	
--	--	--	---	--

EVALUACIÓN: Aproximadamente 8 horas después de iniciado el tratamiento se observa mas tranquila y manifiesta los motivos de su conducta argumentando que esta es porque se siente abandonada por parte de su única hija y de su pareja. El personal de enfermería aún cuando no labore en instituciones psiquiátricas debe estar capacitada para valorar el grado de potencialidad de la violencia e identificar las razones de la conducta para prevenirla o para calmar al enfermo tan rápidamente como sea posible. Sin embargo, la enfermera puede olvidar que su propia competencia, tranquilidad, autoseguridad y el manejo con tacto son factores que ayudan a prevenir la violencia y que esta se presentará con mucha frecuencia si faltan estos factores.

Al día siguiente se disculpa con el personal y se nota avergonzada, la actitud con su hermana cambio, se muestra atenta, amable, sonriente, ya que es su único familiar cercano con el que cuenta. Todo mundo sabe, lo difícil que resulta, después de una disputa o discusión, “tranquilizarse” y retractarse de lo que se ha dicho; el orgullo impide ser el primero en tratar de hacer las pases, y por lo tanto se perpetúan las argumentaciones y las hostilidades, reconocer y comprender las manifestaciones de los impulsos agresivos ayuda a planificar el cuidado directo del enfermo.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento individual ineficaz relacionado con separación de su pareja e hija manifestado por expresión verbal de soledad, abandono, sentimientos de minusvalía, comportamiento destructivo hacia si misma en 2 ocasiones, falta de decisión y antecedentes de alcoholismo.

Definición: Situación en la que la persona experimenta o corre el riesgo de experimentar una incapacidad para controlar los factores de estrés internos o ambientales por carecer de los recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos, o todos ellos).

Resultado esperado: Que la Sra. E. descubra y manifieste sus potencialidades como persona.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>Establecer una relación de confianza enfermera-paciente.</p>	<p>Al personal de enfermería le resulta importante la comunicación acerca del paciente a fin de poder actuar de manera inteligente como equipo. Se preocupa por el bienestar del paciente, por los pensamientos, sentimientos, intereses y problemas del paciente; sin embargo, es también su obligación indicar desaprobación o decepción.</p> <p>El afrontamiento eficaz necesita un control satisfactorio de numerosas tareas: protección del concepto de uno mismo, mantenimiento de relaciones satisfactorias con otras personas, conservación del equilibrio emocional y control del estrés.</p> <p>Tres componentes fundamentales de los sistemas culturales influyen en las respuestas ante la enfermedad o los trastornos crónicos y en la capacidad de</p>	<p>1:00 hrs → Continuo.</p>	<p>Durante la comunicación que se lleva a cabo se utiliza el silencio, la empatía y la sinceridad en los comentarios que se hacen, se le anima a que exprese sus sentimientos evitando expresiones de inutilidad diciendo cosas como ¿Cómo puede decir eso? Vea todo lo que ha conseguido en la vida.</p> <p>Se establecen límites en el tiempo para permanecer con ella.</p>	<p>Este cuidado fue necesario establecerlo ya que</p>

	<p>una persona para realizar cambios saludables en un estilo de vida. Estos componentes son los sistemas de apoyo familiares, las conductas de afrontamiento y las creencias y practicas sanitarias.¹⁷</p>		<p>Se le pide que identifique sus cualidades más que sus defectos procurando que sea realista, se le da tiempo suficiente para que responda.</p>	<p>la Sra. E. demanda la presencia constante de enfermería.</p> <p>No fue posible llevarse a cabo.</p>
<p>EVALUACIÓN: La relación que se estableció fue favorable ya que por medio de la comunicación y confianza se logró que la Sra. E. se sintiera libre de expresar sus emociones. El cuidado que no fue posible llevarse a cabo es porque, desafortunadamente, el personal de salud no esta preparado para proporcionar un cuidado que aborde las emociones y sentimientos de los enfermos, dando como resultado un cuidado limitado al aspecto físico.</p> <p>Este diagnóstico de enfermería necesita una atención prolongada, por lo que es conveniente mencionar que este tipo de pacientes se les da de alta hospitalaria inmediatamente después de la desintoxicación sin llevarse un seguimiento ni la canalización con otro profesional de la salud (psiquiatra o psicólogo).</p>				

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la interacción social relacionado con inmadurez emocional manifestado con la incapacidad de mantener una relación estable y de apoyo, expresión verbal de sentirse “fea y gorda”, conductas impulsivas y el rechazo por otras personas.

Definición: Estado en el cual la persona experimenta o está en riesgo de experimentar respuestas negativas insuficientes o insatisfactorias en sus relaciones sociales.

Resultado esperado: Que la Sra. E. verbalice aquellas conductas que le causan conflicto en el momento de relacionarse con otras personas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	HORA	EJECUCIÓN	OBSERVACIÓN
<p>Enseñar diferentes técnicas de afrontamiento necesario para vivir de forma independiente.</p>	<p>El papel de la enfermera consiste en modelar las técnicas sociales apropiadas y utilizar la terapia de grupo y otros ejemplos de técnicas sociales. Las técnicas sociales eficaces pueden aprenderse con orientación, demostración, práctica y refuerzo. Las intervenciones familiares, son sumamente importantes para conseguir el éxito de la rehabilitación de un miembro que sufre una enfermedad mental crónica. Las técnicas que reducen las carencias sociales pueden aumentar la aceptación social, el control y la autoestima.</p>	<p>6:00 hrs</p>	<p>Ayudar a que identifique las situaciones que le causan el déficit de las relaciones sociales, centrándose en el presente y la realidad, así como entender como contribuyen sus conductas o actitudes a sus frecuentes conflictos interpersonales.</p> <p>No dejar que utilice su enfermedad como excusa para su conducta.</p>	<p>Manifiesta que su ultima pareja externo que la abandonaba por ser muy posesiva y tener una carácter “depresivo”.</p>

			<p>Se elabora un programa individualizado de técnicas sociales por ejemplo: arreglo personal, postura, marcha, contacto ocular, como empezar una conversación, aprender a escuchar, como finalizar un diálogo de autoconfianza.</p>	<p>Muestra de interés por su arreglo personal.</p>
<p>EVALUACIÓN: El resultado que se estableció en este diagnóstico de enfermería se alcanzo de manera parcial ya que no fue posible llevarse a efecto varias intervenciones de enfermería por la corta estancia de la paciente en el hospital, una de estas intervenciones fue la de establecer una alianza con la familia que es sumamente importante para conseguir el éxito de la rehabilitación de la paciente, ya que tanto el enfermo como la familia están sometidos a estrés. Las conductas del paciente que generan tensión en a familia son la exigencia excesiva, la huida social, la falta de conversación y la escasez de interés de ocio. La familia también influye en la capacidad de la persona para sobrevivir en la comunidad, mediante conductas comprensivas.</p> <p>Es conveniente mencionar que la Sra. E. no desempeña ninguna actividad productiva y si recordamos que la pasividad y la falta de motivación forman parte la enfermedad o favorecen que esta se presente o se agudice. Es necesario que se implemente un programa de actividades que le permitan sentirse satisfecha y fomenten las relaciones interpersonales.</p>				

CONCLUSIONES

Después de haber realizado esta investigación me permitió vislumbrar todos los aspectos psiquiátricos en los que enfermería puede participar de manera decisiva, para ayudar u orientar a este tipo de pacientes que se encuentran sumamente desorientados. Por ello como personal de enfermería debemos tener presente nuestro quehacer profesional, una serie de principios que nos deben de guiar en nuestro praxis como el de beneficencia o hacer el bien, el de no maleficencia o no hacer daño, el de justicia o tratar con imparcialidad y el de confidencialidad o respetar la información.

Las enfermeras están en condiciones de educar y apoyar a las personas psiquiátricas en la realización de las actividades de la vida diaria y de esta forma mantenerlas autónomas o independientes. El cuidado de un paciente psiquiátrico es un gran reto para la enfermera en multitud de entornos, desde los centros hospitalarios de tercer nivel, o los centros sociosanitarios hasta la complejidad psicosocial y ambiental del domicilio del paciente.

El haber utilizado la metodología de Respuesta Humana aplicado en el Proceso de Atención Enfermería me ayudó a distinguir las prioridades de la paciente en el cuidado de enfermería, así como, aplicar las funciones independientes e interdependientes. Por medio de la valoración pude identificar el diagnóstico de enfermería substancial que fue el de **violencia**, el cual me permitió valorar las necesidades de la Sra. E. por lo que pude observar que la relación enfermera-paciente influye de manera decisiva en la recuperación oportuna del paciente psiquiátrico. El haber tenido la oportunidad de tratar a la Sra. E. me permito ver la necesidad que hay en el cuidado integral de estos pacientes, el poder conocer la causa de sus problemas que los llevan a un estado severo de depresión, por lo que me parece que muchas veces olvidamos el aspecto humano en el cuidado de estos pacientes, manifestando causas laborales injustificadas.

También quiero mencionar que este PAE lo oriente a una persona psiquiátrica que ingreso al hospital con grado de depresión severa, intoxicación con benzodicepinas más alcoholismo y que la llevo al intento de suicidio, por lo que me pude dar cuenta que a este tipo de pacientes requiere aun seguimiento profesional para un tratamiento constante hasta su rehabilitación.

Actualmente los centros sociales como los clubs de optimismo, la asistencia a conferencias públicas y los centros religiosos resultan de gran ayuda a las personas que pretenden olvidar su realidad con las drogas o alcohol. Nuestra profesión nos permite ayudar a través de la orientación a que las personas le den significado a su vida con el servicio a otras.

Por ultimo pude reflexionar que el PAE nos da la oportunidad de llevar una metodología completa en el cuidado al paciente, por el cual podemos demostrar que la enfermera trabaja en un ámbito profesional y humanístico.

SUGERENCIAS

Que se implemente en el Plan de Estudios de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia la asignatura de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental con el fin de quitar el mito de que estos cuidados solo se dan en instituciones psiquiátricas y no en todos los niveles de atención médica.

Que existan programas de actualización enfocados a la atención del paciente psiquiátrico para personal de enfermería que elabora en los tres niveles de atención medica.

Mayor promoción para la especialidad en enfermería en psiquiatría y Salud Mental.

Hacer énfasis en los aspectos éticos de la enfermería retomando el aspecto humano y respetando los derechos de los pacientes.

Incitar al personal de enfermería ha realizar investigaciones en el ámbito profesional.

Establecer un plan de alta para los pacientes que egresan de una unidad hospitalaria con el propósito de que se lleve un seguimiento efectivo en el tratamiento y rehabilitación del paciente.

Que se unifiquen criterios entre las instituciones educativas y las instituciones de salud en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

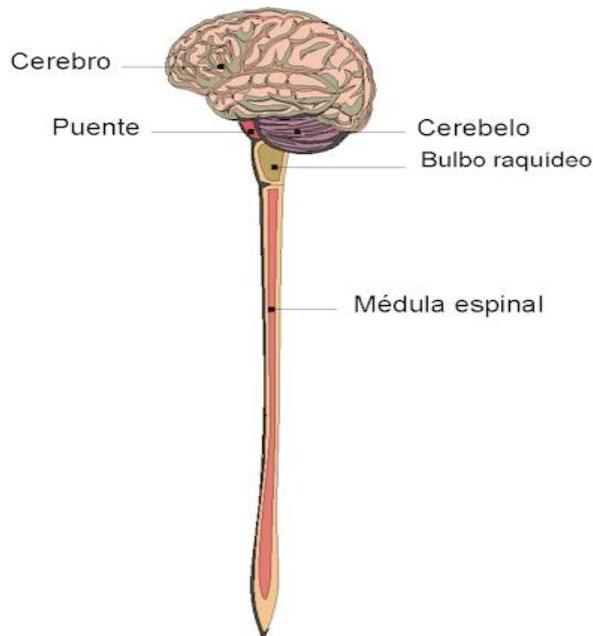
Fomentar los grupos de autoayuda para los enfermos y familiares como son: Alcohólicos y Drogadictos Anónimos, dentro de las unidades hospitalarias.

Que las intervenciones de enfermería se enfoquen al primer nivel de atención con el fin de promover la salud y evitar la enfermedad.

ANEXOS

SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso consiste en una red compleja y muy organizada de miles de millones de neuronas, así como un número incluso mayor de células gliales. Las estructuras que lo forman son: encéfalo, nervios (pares) craneales y sus ramas, medula espinal, nervios raquídeos (espinales) y sus ramas, ganglios, plexos entéricos y receptores sensoriales. El encéfalo se encuentra en el cráneo y comprende casi 100 mil millones de neuronas. Doce pares de nervios craneales (derecho e izquierdo), numerados del I al XII, nacen en la base de encéfalo. Un nervio es un haz que contiene de cientos a miles axones, así como tejidos conectivos y vasos sanguíneos acompañantes. Cada nervio tiene un trayecto específico y se distribuye en una región corporal particular. La medula espinal se conecta con el encéfalo a través del agujero occipital del cráneo y la rodean los huesos de la columna vertebral posee cerca de 100 millones de neuronas 31 pares de nervios raquídeos emergen de la médula espinal y se distribuyen en una región específica de las mitades derecha o izquierda del cuerpo. Los ganglios son masas pequeñas de tejido nervioso, que contiene sobre todo cuerpos celulares de neuronas y se localizan fuera del encéfalo y la médula espinal. Se relacionan estrechamente con los nervios craneales y raquídeos. En las paredes de los órganos del aparato digestivo, los plexos entéricos forman una extensa red de neuronas que participan en la regulación de dicho aparato. Los receptores sensoriales son dendritas de neuronas sensoriales (que se describen poco más adelante) o células especializadas o independientes que vigilan los cambios en el medio interno o en el entorno.

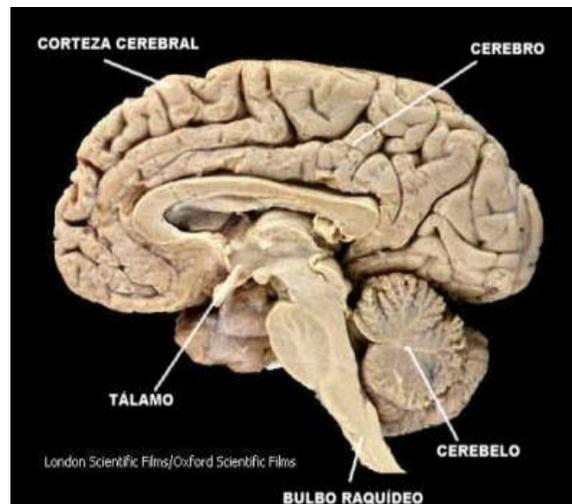


El sistema nervioso desempeña tres funciones básicas:

- Función sensorial. Los receptores sensoriales detectan estímulos internos, como el aumento de la acidez sanguínea, o externos, como una gota de lluvia que cae en el brazo. Las neuronas que transmiten la información sensorial al encéfalo o a la médula espinal se denominan neuronas sensoriales o aferentes.¹⁸
- Función de integración. El sistema nervioso integra (procesa) la información sensorial al analizarla y almacenar una parte de ella, lo cual va seguido de la toma de decisiones acerca de las respuestas apropiadas. Las neuronas que se encargan de esta función, llamadas interneuronas (neuronas de asociación), forman la inmensa mayoría de las que hay en el cuerpo humano.
- Función motora. Consiste en responder a las decisiones de la función de integración. Las neuronas encargadas de esta función son neuronas motoras o eferentes, que transmiten información del encéfalo y de la médula espinal a las diversas estructuras corporales. Los órganos y las células en los cuales se distribuyen las neuronas motoras se denominan efectores, por ejemplo fibras musculares y células glandulares.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso se compone de dos subsistemas principales: **sistema nervioso central** (SNC) y **sistema nervioso periférico** (SNP). El SNC está formado por el encéfalo y la médula espinal, los cuales integran y correlacionan muchos tipos distintos de información sensorial que llega a ellos. Además, el SNC es la fuente de pensamientos, emociones y recuerdos. La mayoría de los impulsos nerviosos que estimulan la contracción muscular o la secreciones glandulares se originan en el SNC. Por otro lado, el SNP incluye todo el tejido nervioso que no es parte del SNC: nervios craneales y sus ramas, nervios raquídeos y sus ramas, ganglios y receptores sensoriales.



El SNP se subdivide en **sistema nervioso somático (SNC)**, **autónomo (SNA)** y **entérico (SNE)**. El SNC se compone de:

1.- Neuronas sensoriales que transmiten al SNC información de los receptores de los sentidos especiales y somáticos, localizados principalmente en cabeza, pared corporal y extremidades.

2.- Neuronas motoras con origen en el SNC, que conducen impulsos solo a los músculos esqueléticos.

Estas respuesta motoras se pueden regular en forma consiente, de modo que la acción de esta pared del SNP es voluntaria.

El SNA se conforma de:

1.- Neuronas sensoriales que transmiten al SNC información de los receptores sensoriales autónomos, situados sobre todo en las vísceras.

2.- Neuronas motoras del SNC que conducen impulsos nerviosos a músculo liso, miocardio, glándulas y tejido adiposo.

Gran parte de sus respuestas motoras no esta bajo regulación consiente, de modo que la acción del SNA es involuntaria. La porción motora de SNA consiste en dos partes, llamadas **sistema nervioso simpático** y **sistema nervioso parasimpático**.

El sistema nervioso entérico es el “cerebro del tubo digestivo” y opera de manera involuntaria. Considerado en otros tiempos parte del SNA, consta de casi 100 millones de neuronas en los plexos entéricos, distribuidos a lo largo del tubo digestivo. Muchos de ellas funcionan hasta cierto punto con independencia del SNA y SNC, si bien se comunica con el SNC mediante neuronas simpáticas y parasimpáticas. Las neuronas sensoriales del SNE vigilan los cambios químicos en el tubo digestivo y el estiramiento de las paredes de este. Las neuronas motoras entéricas regulan la contracción del músculo liso digestivo, las secreciones de órganos del aparato digestivo (como la del jugo gástrico) la actividad de las células endocrinas del propio tubo digestivo.

TEJIDO NERVIOSO

El tejido nervioso solo tiene dos tipos principales de células: neuronas y celular gliales. Las neuronas se encargan de muchas funciones especiales que se atribuyen al sistema nervioso como sensaciones, pensamiento, recuerdos, actividad muscular controlada y regulación de secreciones glandulares. Las células gliales brindan sostén, nutrición y protección a las neuronas, además de mantener la homeostasis de líquido intersticial que baña a las neuronas.

NEURONAS

Al igual que las células o las fibras musculares, las neuronas posee la propiedad de **excitabilidad eléctrica**, es decir, degeneración de potenciales de acción o impulsos en respuesta a estímulos. Una vez que ocurren, los potenciales se propagan de un punto al siguiente por la membrana plasmática, gracias a la presencia de canales iónicos específicos.

La mayoría de las neuronas tiene tres partes:

- 1.- Cuerpo celular.
- 2.- Dendritas.
- 3.- Axón o neurita.

El **cuerpo celular** contiene un núcleo, rodeado por el citoplasma, que incluye organelos típicos como lisosomas, mitocondrias y complejo de Golgi. Muchas neuronas también contiene lipofuscina, pigmento que se acumula en forma de grupos de gránulos de color pardo amarillento en el citoplasma. Es probable que la lipofuscina sea un producto de lisosomas neuronales que se acumula conforme las neuronas envejecen, si bien no parece producir daño a estas células. El citoesqueleto comprende neurofibrillas, que consisten en haces de filamentos intermedios y brindan sostén y forma a la célula, y microtúbulos, que ayudan a mover materiales entre el cuerpo celular y el axón.

Hay dos tipos de prolongaciones del cuerpo celular neuronal: varias dendritas y un solo axón. El término genérico *fibra nerviosa* se refiere a cualquier tipo de prolongación neuronal (dendrita y axón).

Las **dendritas** son las porciones de las neuronas que reciben impulsos nerviosos. Por lo regular, son cortas, ahusadas y muy ramificadas. En muchas neuronas las dendritas forman un conjunto de prolongaciones a manera de árbol, que nace del cuerpo celular.

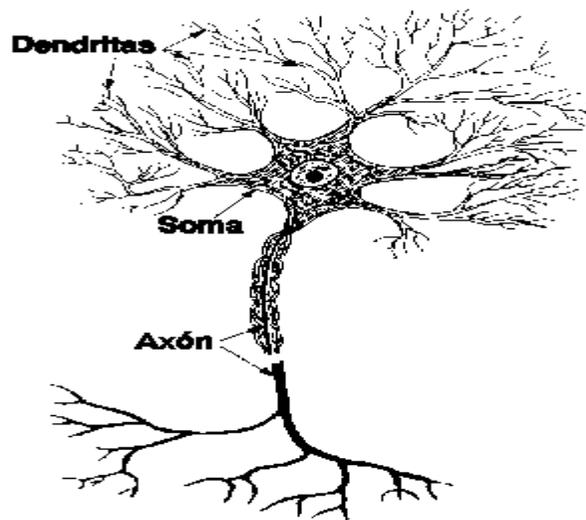
El segundo tipo de prolongación, el **axón** (neurita o cilindroeje), transmite los impulsos nerviosos hacia otras neuronas, fibras musculares o células glandulares. Un axón es una prolongación cilíndrica, delgada y larga, que con frecuencia se une con el cuerpo celular a una elevación cónica, la eminencia axónica. La primera parte del axón es el segmento inicial. En la mayoría de las neuronas los impulsos surgen en la unión de la eminencia con el segmento inicial, el que se denomina zona de activación, para luego ser conducidos por el axón. Este contiene mitocondrias, microtúbulos y neurofibrillas. En virtud de la ausencia del retículo endoplásmico rugoso, la síntesis de proteínas es imposible en el axón. Al citoplasma axónico, denominado axoplasma, lo envuelve una membrana plasmática que se conoce como axolema. A lo largo del axón, éste emite ramas laterales, llamadas colaterales axónicos, que en general forman un ángulo recto con el axón. Este último y sus colaterales terminan al dividirse en muchas prolongaciones finas, las terminales axónicas.

El sitio de comunicación entre dos neuronas o entre una neurona y una célula efectora es la **sinapsis**. El extremo de algunas terminales axónicas se ensancha en estructuras en forma de tuberosidades, los **bulbos terminales**, mientras que los de otras presentan una cadena de

protuberancias denominadas **varicosidades**. Ambos tipos de estructuras contienen muchos sacos membranosos diminutos, llamados vesículas simpáticas, los cuales almacenan un neurotransmisor químico. Dado que algunas sustancias son necesarias en el axón o en sus terminales, hay dos tipos de sistemas de transporte de materiales entre el cuerpo celular y las terminales axónicas y viceversa.

Las neuronas presentan gran diversidad en su forma y tamaño. Por ejemplo, el diámetro de su cuerpo celular puede ir de 5 μ m, menor que el de un glóbulo rojo, hasta 135 μ m, apenas visible a simple vista. El tipo de ramificación de las dendritas es variado y distinto de la neurona de diferentes partes del sistema nervioso. Algunas neuronas carecen de axón, mientras que muchas otras poseen axones muy cortos; pero los más largos abarcan distancias de un metro o más.

Las características estructurales y funcionales se utilizan para hacer una clasificación de las neuronas del cuerpo humano. En el aspecto estructural, las neuronas se categorizan según el número de prolongaciones que se extienden del cuerpo celular. Las **neuronas multipolares** generalmente tienen varias dendritas y un axón. La mayoría de las neuronas del encéfalo y la medula espinal son de este tipo. Las **neuronas bipolares**, que poseen una dendrita principal y un axón, se localizan en retina, oído interno, y área olfatoria del cerebro. Por último, las **neuronas unipolares** son sensoriales y se originan en el embrión como neuronas bipolares. Durante su desarrollo, tanto el axón como las dendritas se fusionan en una sola prolongación, que a su vez se divide en dos ramas, a corta distancia del cuerpo celular. Ambas ramas tienen la estructura y la función característica de un axón: son prolongaciones cilíndricas largas, posiblemente mielinizadas, y propagan potenciales de acción. Sin embargo, la ramificación axónica que extiende hacia la periferia posee dendritas amielínicas en su extremo distal, mientras que la rama axónica que se dirige al SNC llega hasta los bulbos terminales. Las dendritas detectan estímulos sensoriales, como táctiles o de estiramiento. El área de activación de impulsos nerviosos en una neurona unipolar es la unión de las dendritas con el axón. Luego los impulsos se propagan hacia los bulbos terminales.



CELULAS GLIALES

Las células gliales comprenden casi la mitad del volumen del SNC. Su nombre se deriva del concepto que tuvieron los primeros microscopistas, de que era el “cemento” que mantenía unido el tejido nervioso. Ahora se sabe que las células gliales no son simples testigos pasivos, si no más bien participantes activos en el funcionamiento de dicho tejido. En general, estas células son más pequeñas que las neuronas; además, su número excede el de éstas en 5 o 50 veces. En contraste con las neuronas, no generan ni propagan potenciales de acción, pero si pueden multiplicarse y dividirse en el sistema nervioso maduro. En caso de lesión o enfermedad, las células gliales se multiplican para llenar los espacios que ocupan las neuronas.

MIELINIZACIÓN

Los axones de la mayoría de las neuronas en mamíferos se encuentran rodeados por una cubierta de lípidos y proteínas dispuesta en varias capas, la vaina de mielina, de cuya producción se encargan las células gliales. La vaina aísla eléctricamente al axón y aumenta la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos. Se dice que están mielinizados los axones envueltos por esta vaina, mientras que los que carecen de ella se llaman a mielínicos.

Hay dos tipos de células gliales que producen vaina de mielina, las células de Schwann en el SNP y los oligodendrocitos en el SNC. Las células de Schwann del SNP empieza a formar la vaina de mielina alrededor de los axones durante el desarrollo fetal. Cada célula de Schwann rodea un segmento del axón entre un par de nódulos.

La cantidad de mielina aumenta desde el nacimiento hasta la madurez y su presencia acelera mucho la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos. Las respuestas de los lactantes a los estímulos no son tan rápidas ni también coordinadas como las de un niño mayor a un adulto; en parte esto se debe a que la mielinización todavía está en proceso de desarrollo durante la lactancia.

SUSTANCIA GRIS Y SUSTANCIA BLANCA

En un corte del encéfalo o la medula espinal, algunas regiones son de color blanco y brillante; otras, grisáceas. La **sustancia blanca** consisten un conjunto de prolongaciones mielinizadas de muchas neuronas, y es el color blanco de la mielina lo que le confiere su nombre. Por otra parte, la **sustancia gris** del sistema nervioso contiene cuerpos celulares, dendritas, axones amielínicos, terminales axónicas y células gliales. Su color grisáceo, no blancuzco, se debe a la escasez o ausencia de mielina. Tanto la sustancia gris como la blanca poseen vasos sanguíneos. En la medula espinal, la sustancia blanca rodea una parte central de sustancia gris en forma de mariposa o de letra H, mientras que el encéfalo una capa delgada de sustancia gris cubre la superficie de las estructuras más grandes del encéfalo, cerebro y cerebelo. Muchos núcleos de sustancia gris también se localizan en posición profunda del encéfalo. Cuando se usa en la descripción del tejido nervioso, un núcleo es un grupo de cuerpos celulares neuronales en el sistema nervioso central.¹⁹

SEÑALES ELECTRICAS EN LAS NEURONAS

Al igual que las fibras musculares, las neuronas son susceptibles de excitación eléctrica. Se comunican entre si con dos tipos de señales eléctricas: *potenciales de acción*, que permiten la comunicación de corta y larga distancia en el cuerpo, y *potenciales graduados*, que se usan sólo para comunicación a corta distancia. La producción de ambos tipos de señal depende de dos características básicas de la membrana plasmática en células excitables: un potencial de membrana en reposo y canales iónicos específicos.

Como en muchas otras células del cuerpo, la membrana plasmática de las células excitables poseen un **potencial de membrana**, o sea, una diferencia de voltaje eléctrico a uno y otro lado. En las células excitables, este voltaje se denomina **potencial de membrana en reposo** y es como la carga almacenada en un acumulador. Si se unen las terminales positiva y negativa del acumulador con un cable, los electrones fluyen por este último. Este flujo de partículas con carga se llama **corriente**. En las células el flujo de iones, no de electrones, constituye la corriente.

Los potenciales graduados y los de acción ocurren porque la membrana plasmática de las neuronas contiene muchos tipos distintos de canales iónicos, que se abren y cierran en respuesta a estímulos específicos. Dado que la bicapa lípida de la membrana plasmática es un buen aislante eléctrico, las principales vías para que fluya la corriente a través de dicha membrana son los canales iónicos.

TRANSMISIÓN DE IMPULSOS EN LAS SINAPSIS

La atención se encuentra en la comunicación sináptica entre miles y millones de neuronas del sistema nervioso. Las sinapsis son fundamentales para la homeostasis, dado que permiten filtrar e integrar la información. El aprendizaje depende de la modificación de la sinapsis. Algunas enfermedades psiquiátricos son el resultado de las alteraciones de la comunicación sináptica. La sinapsis también es el sitio de acción de muchos compuestos terapéuticos y adictivos. En la sinapsis entre neuronas, la neurona presináptica, es la que transmite el impulso, y la neurona postsináptica, la que recibe. La mayoría de sinapsis son axodendríticas (entre axones y dendritas), axosomáticas (de axones con el cuerpo celular neuronal) o axoaxónicas (entre axones). Hay dos tipos de sinapsis que difieren en lo estructural y lo funcional: las sinapsis eléctricas y las químicas.

SINAPSIS ELECTRICAS

En una sinapsis eléctrica, las corrientes iónicas se propagan en forma directa adyacentes mediante uniones de abertura o anexos. Cada una de estas uniones contiene poco más o menos un centenar de proteínas tubulares, llamadas *conexones*, que forman túneles con los que se conecta el citosol de dos células. Tanto moléculas como iones puede fluir bidireccionalmente por estas proteínas entre las células adyacentes. Las sinapsis eléctricas tienen tres ventajas evidentes: comunicación más rápida, sincronización y transmisión bidireccional.

SINAPSIS QUÍMICAS

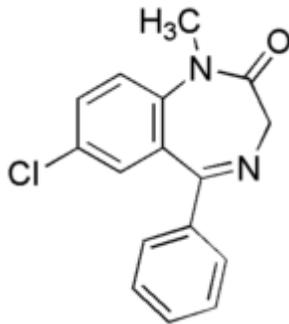
Pese a que las neuronas presináptica y postsináptica de una sinapsis química están en proximidad estrecha, no hay contacto físico entre sus membranas plasmáticas. Están separadas por la hendidura sináptica, espacio de 20 a 50 nm lleno de líquido intersticial. Los impulsos nerviosos no pueden propagarse a través de la hendidura sináptica, por lo que ocurre una forma alterna e indirecta de comunicación en dicho espacio. La neurona presináptica libera un neurotransmisor, que difunde en la hendidura sináptica y actúa en receptores de la membrana plasmática de la neurona postsináptica, con lo que se produce un potencial postsináptico, que es un tipo de potencial graduado. En lo esencial, el impulso eléctrico (impulso nervioso) presináptico se convierte en una señal química (neurotransmisor liberado). La neurona postsináptica recibe este mensajero químico y, a su vez, genera un impulso eléctrico (potencial postsináptico). El tiempo necesario para estos procesos en una sinapsis química, o demora sináptica, es de 0.5ms. a ello se debe que la sinapsis química transmita los impulsos con mayor lentitud que las eléctricas.

NEUROTRANSMISORES

Aunque se sabe o se supone que unas 100 sustancias son neurotransmisores, es difícil identificar la función de cada una. Las dendritas, cuerpos celulares y axones están en íntima aposición en el tejido nervioso, además de que la cantidad de neurotransmisor liberado en una sinapsis dada es infinitesimal. Algunos neurotransmisores se unen con sus receptores y producen rápidamente la apertura o cierre de los canales iónicos membranosos, mientras que otros actúan con mayor lentitud, gracias a sistemas de segundos mensajeros, e influyen en reacciones enzimáticas en el interior de las células. El resultado de ambos tipos de procesos puede ser la inhibición o excitación de las neuronas postsinápticas. Muchos neurotransmisores también son hormonas que las células endocrinas de órganos de todo el cuerpo liberan en el torrente sanguíneo. Asimismo, ciertas neuronas, las células neurosecretoras, secretan hormonas en el encéfalo.

BENZODIAZEPINAS

Historia



Estructura química del diazepam, una de las benzodiazepinas más conocidas.

La primera BZD fue el clordiazepóxido—nombrado inicialmente *Metaminodiazepoxido*—, descubierta en 1959 por el científico australiano Leo Sternbach (1908–2005) y sintetizada luego en 1955 por los laboratorios Roche en Nutley, Nueva Jersey; y comercializada a partir 1957 bajo el nombre de *Librium*—derivado de las sílabas finales de *equilibrium*. Las pruebas realizadas con el clordiazepóxido en animales demostraron que el compuesto era un efectivo hipnótico, ansiolítico y relajante muscular. Después del lanzamiento del clordiazepóxido, se comercializó el *Diazepam* con el nombre de *Valium*, una versión simplificada del clordiazepóxido, seguido por otras benzodiazepinas. Ciertos problemas del sueño fueron tratadas con nitrazepam, introducido al mercado en 1965, temazepam (1969) y flurazepam en 1973. Éstas se recetaron ampliamente para dolencias relacionadas con el estrés durante los años 1960 y 1970 y a dosis más bajas que las necesarias para producir hipnosis—lo que los diferencian del fenobarbital, por ejemplo. Los efectos más notables ocurrían entre pacientes alcohólicos e incluso se reportaba que las úlceras y ciertos problemas dermatológicos que involucraban etiologías emocionales, se reducían con el clordiazepóxido.²⁰

FARMACOLOGÍA

Las benzodiazepinas se pueden administrar por vía oral y algunas de ellas por vía intramuscular e intravenosa. La semivida de estos fármacos varía de 2 horas, como el midazolam y clorazepato hasta 74 horas como el flurazepam. Basado en su semivida, las benzodiazepinas se dividen en cuatro grupos:

- Compuestos de duración ultra-corta, con una semivida menor de 6 horas.
- Compuestos de duración corta, tienen una semivida menor de 12 horas y tienen pocos efectos residuales al tomarse antes de acostarse en la noche, aunque su uso regular puede conducir a insomnio de rebote y ansiedad al despertar.
- Compuestos intermedios, tienen una semivida entre 12 y 24 horas, pueden tener efectos residuales durante la primera mitad del día y el insomnio de rebote tiende a ser más frecuente al discontinuar su uso. Se presentan también síntomas de abstinencia durante el día con el uso prolongado de esta clase de benzodiazepinas.
- Compuestos de acción larga, tienen una semivida mayor de 24 horas. Los fuertes efectos sedativos tienden a perdurar durante el día siguiente si se usan con el fin de tratar la insomnio.

Las benzodiazepinas pueden acumularse en el cuerpo. La semivida de eliminación varía grandemente entre un individuo y el otro, especialmente entre pacientes de la tercera edad. Los compuestos de acción corta tienen mejores resultados como hipnóticos, mientras que los de larga duración se prefieren por sus efectos ansiolíticos.

FARMACODINÁMICA

Todas las benzodiazepinas son, en esencia, absorbidos completamente, con la excepción del clorazepato, el cual es descarboxilado por el jugo gástrico antes de su completa absorción. Las benzodiazepinas y sus metabolitos activos se unen a proteínas plasmáticas en un rango entre 70 y 90% y no se han reportado ejemplos de competición con otros medicamentos por

esas proteínas. Las benzodiazepinas se metabolizan extensamente por sistemas enzimáticos microsomales del hígado. Esa biotransformación hepática de las BZD ocurre en tres pasos, el primero una reacción que modifica o remueve el sustituyente que por lo general se encuentra en la posición 1 o 2 del anillo de diazepina, la segunda es una reacción de hidroxilación en la posición 3 produciendo el metabolito activo y, finalmente, una tercera reacción de conjugación principalmente con ácido glucurónico.

MECANISMO DE ACCIÓN

Las BZD son agentes depresores del sistema nervioso más selectivos que otras drogas como los barbitúricos, actuando, en particular, sobre el sistema límbico. Las BZD comparten estructura química similar y tienen gran afinidad con el complejo de receptores benzodiazepínicos en el sistema nervioso central (SNC). Estructuralmente, las BZD presentan un anillo de benceno con seis elementos, unido a otro anillo de diazepina con siete elementos. Cada BZD específica surgirá por sustitución de radicales en diferentes posiciones.

En cuanto a los receptores específicos en el SNC para las BZD, éstos forman parte del complejo ácido gamma-aminobutírico (GABA). El GABA es un neurotransmisor con prolífica acción inhibitoria, y sus receptores forman parte de un sistema bidireccional inhibitorio conectado entre diversas áreas del SNC. Las BZD potencian la acción inhibitoria mediada por el GABA. Los receptores de las BZD se distribuyen por todo el cerebro y la médula espinal; también se encuentran en las glándulas adrenales, riñones, glándula pineal y plaquetas.

Las benzodiazepinas se unen en la interfase de las subunidades α y γ del receptor GABA_A, el cual tiene un total de 14 variantes de sus 4 subunidades. La unión de una BZD al receptor GABA requiere también que las unidades α del receptor GABA_A (es decir, α_1 , α_2 , α_3 y α_5) contengan un residuo aminoácido de histidina. Por esta razón las benzodiazepinas no muestran afinidad por las subunidades α_4 y α_6 del receptor GABA_A que contienen arginina en vez de histidina. Otras regiones del receptor GABA_A liga a neuroesteroides, barbitúricos y ciertos anestésicos. Los receptores GABA_B asociados a proteína G no son alteradas por las benzodiazepinas.

Para que los receptores GABA_A respondan a la acción de las BZD, necesitan tener tanto una subunidad α como una subunidad γ , puesto que las BZD se unen en la interfase de ambas subunidades. Una vez ligadas, las BZD cierran al receptor en una configuración que le da al neurotransmisor GABA una mayor afinidad por el receptor, aumentando la frecuencia de apertura del asociado canal iónico de cloro e hiperpolarizando la membrana celular. Esto potencia el efecto inhibitorio del GABA, produciendo efectos sedativos y ansiolíticos. Cada benzodiazepina tiene una afinidad diferente por el receptor GABA_A con sus subunidades. Por ejemplo, las BZD con alta afinidad a nivel de la subunidad α_1 se asocian con sedación, mientras que los que tienen una mayor afinidad por los receptores que contengan la subunidad α_2 y/o α_3 tienen una buena actividad anti-ansiedad. Las BZD también se unen a la membrana de las células gliales. A dosis hipnóticas, las BZD no tienen efectos sobre la respiración en individuos sanos. En pacientes con enfermedades

pulmonares como las enfermedades obstructivas, a grandes dosis de BZD, como las usadas para las endoscopías, se nota una leve depresión de la ventilación alveolar produciendo acidosis respiratoria a expensas de una hipoxia y no una hipercapnia. Más aún, las dosis leves de BZD a menudo empeoran trastornos respiratorios nocturnos.

Las benzodiazepinas son agonistas completos a nivel de su receptor celular en la producción de propiedades sedantes y ansiolíticos. Los compuestos que se unen a los receptores benzodiazepínicos y potencian la función del receptor GABA se denominan agonistas de los receptores benzodiazepínicos y, por ende, tienen propiedades sedativas e hipnóticas. Los compuestos que, en ausencia del agonista, no tienen acción aparente pero que inhiben competitivamente la unión del agonista a su receptor se denominan antagonistas del receptor benzodiazepínico.

Algunos compuestos tienen acciones intermedias entre un agonista completo y un antagonista completo y se denominan agonistas o antagonistas parciales. El interés en los agonistas parciales del receptor benzodiazepínico radica en evidencias de que con ellos no ocurre un efecto completo de tolerancia con el uso crónico, es decir, los agonistas parciales muestran propiedades ansiolíticos con una reducida cantidad de sedación y menores problemas con dependencia y trastornos de abstinencia.

Las propiedades anticonvulsivos de las BZD puede que se deba en parte o enteramente a la unión con canales de sodio dependientes de voltaje, en vez de los receptores benzodiazepínicos. La continua generación de potenciales de acción a nivel de las neuronas parece verse limitado por el efecto de las BZD al lograr recobrar lentamente de la inactivación a los canales de sodio.

BENZODIAZEPINAS COMUNES

Medicamento	Marcas registradas*	<u>semivida de eliminación</u> (h)** [metabolito activo]	Efectos centrales***	Dosis aproximada equivalente****
<u>Alprazolam</u>	Xanax, Trankimazin, Zamoprax, Xanor, Tafil, Alprox, Adax	7-15 h	<u>ansiolítico</u>	0.25mg, 0.5mg, 1 mg o 2mg
<u>Bromazepam</u>	Lexotan, Lexomil, Lexatin,	10-20 h	<u>ansiolítico, relajante</u>	5-6 mg

	Somaliu, Bromam		<u>esqueletomuscular</u>	
<u>Clordiazepóxido</u>	Librium, Tropium, Risolid, Klopoxid	5-30 h [36-200 h]	<u>ansiolítico, relajante esqueletomuscular</u>	25 mg
Cinolazepam	Gerodorm	9 h	<u>sedante</u>	?
Clobazam	Frisium	12-60 hours	<u>ansiolítico, anticonvulsivo</u>	20 mg
<u>Clonazepam</u>	Klonopin, Klonapin, Rivotril	18-50 h	<u>ansiolítico, anticonvulsivo</u>	0,5 mg
<u>Clorazepato</u>	Tranxene, Tranxilium	[36-100 h]	<u>ansiolítico, anticonvulsivo</u>	15 mg
<u>Diazepam</u>	Valium, Apzepam, Stesolid, Apozepam, Hexalid, Valaxona, Diazepan	20-100 h [36- 200]	<u>ansiolítico</u>	10 mg
Estazolam	ProSom	10-24 h	<u>hipnótico</u>	1-2 mg
<u>Flunitrazepam</u>	<u>Rohypnol</u> , Fluscand, Flunipam, Ronal	18-26 h [36- 200 h]	<u>hipnótico</u>	1 mg
Flurazepam	Dalmane	[40-250 h]	<u>hipnótico</u>	15-30 mg
Halazepam	Paxipam, Alapryl	[30-100 h]	<u>ansiolítico</u>	20 mg

Ketazolam	Anxon, Sedotime	2 h	<u>ansiolítico</u>	15-30 mg
Loprazolam	Dormonoct	6-12 h	<u>hipnótico</u>	1-2 mg
<u>Lorazepam</u>	Ativan, Temesta, Orfidal, Lorabenz	10-20 h	<u>ansiolítico</u>	1 mg
Lormetazepam	Noctamid, Prnoctan	10-12 h	<u>hipnótico</u>	1-2 mg
Medazepam	Nobrium	36-200 h	<u>ansiolítico</u>	10 mg
<u>Midazolam</u>	Dormicum, Versed, Hypnovel	3 h (1,8-6 h)	<u>ansiolítico,</u> <u>hipnótico</u>	2 mg
Nitrazepam	Mogadon, Apodorm, Pacisyn, Dumolid	15-38 h	<u>hipnótico</u>	10 mg
Nordazepam	Madar, Stilny	50-120 h	<u>ansiolítico</u>	10 mg
Oxazepam	Serax, Serenid, Serepax, Sobril, Oxascand, Alopam, Oxabenz, Oxapax	4-15 h	<u>ansiolítico</u>	20 mg
Prazepam	Centrax	[36-200 h]	<u>ansiolítico</u>	10-20 mg
Quazepam	Doral	25-100 h	<u>hipnótico</u>	20 mg
Temazepam	Restoril, Normison, Euhypnos	8-22 h	<u>hipnótico</u>	20 mg

<u>Tetrazepam</u>	Myolastan, Miolastan	3-26 h	<u>ansiolítico,</u> <u>Relajante</u> <u>esqueletomuscular</u>	?
Triazolam	Alción, Rilamir	2 h	<u>hipnótico</u>	0,5 mg
DMCM	?	?	ansiogénico, convulsivo	no usado terapéuticamente

*No figuran todas las marcas registradas. **Lista no taxativa.**

***Aunque todas las benzodiazepinas actúan de manera similar, se comercializan como ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivos, etcétera.

USOS TERAPÉUTICOS

La familia de las benzodiazepinas incluye una gran cantidad de moléculas que comparten ciertas propiedades; terapéuticamente, se les ha asignado usos específicos, de acuerdo a las ventajas relativas que puedan mostrar unas respecto de otras. Por ejemplo, el clonazepam tiene un perfil muy eficaz como ansiolítico en el tratamiento de trastornos de pánico o ansiedad generalizada, además del uso tradicional como anticonvulsivo. El hecho de que sus propiedades hipnóticas, miorelajantes y amnésicas sean relativamente más débiles que entre las otras benzodiazepinas, le confiere un perfil de efectos secundarios mejor tolerado cuando se utiliza como ansiolítico o anticonvulsivo. Por eso tiene esas indicaciones, mientras que, como miorelajante, por ejemplo, suele optarse por el diazepam. Tanto el clonazepam como el diazepam son drogas con una semivida de eliminación prolongada (más de 24 horas).

La larga permanencia de las BZD en los tejidos puede representar un problema. El diazepam, por ejemplo, puede alcanzar semividas de eliminación superiores a las 100 horas. Incluso en caso de perfecto funcionamiento visceral, muchas BZD se transforman en DMD (*dimetildiazepina*), que posee una semivida de 70 horas. En particular, en caso de embarazo, aunque se interrumpa el uso, la concentración de la droga en plasma seguirá siendo elevada por varias semanas después de la concepción.

Para el tratamiento del insomnio a corto plazo suele recurrirse a BZD de acción corta y ultra-corta, que promuevan una rápida conciliación del sueño (efectos hipnóticos), pero tengan una semivida relativamente breve en el organismo, de modo que no produzcan somnolencia residual al día siguiente, como el triazolam o el midazolam. Actualmente, tiende a utilizarse en estos casos una nueva clase de drogas hipnóticas, relacionadas funcionalmente con las benzodiazepinas, que incluyen al zolpidem, la zopiclona y el zaleplón.

En anestesia se utiliza el Midazolam por vía endovenosa debido a su corta semivida para sedación en los procesos ligeramente dolorosos.

ANTICONVULSIVOS

Las benzodiazepinas (BZD) son potentes anticonvulsivos y tienen propiedades que salvan la vida durante el manejo de un status epiléptico. Las BZD más frecuentemente usadas para controlar la epilepsia son el diazepam y lorazepam. Un meta-análisis de 11 ensayos clínicos concluyó que el lorazepam es superior que el diazepam en el tratamiento de epilepsias persistentes. A pesar de ello, el diazepam tiene un tiempo de acción mucho más duradero que el lorazepam, quien a su vez tiene un efecto anticonvulsivo más prolongado. La razón de ello es que el diazepam es altamente liposoluble pero tiene una gran afinidad proteica, por lo que su fracción no unida a las proteínas tiene un gran volumen de distribución, lo que se traduce en una duración de acción de solo 20-30 minutos en el status epiléptico. Por su parte, lorazepam tiene un volumen de distribución mucho menor lo que resulta en una acción más prolongada en el tratamiento de este mal. Lorazepam, en esos términos, tiene una acción superior al del diazepam, al menos en los estadíos iniciales del tratamiento del status epiléptico. Otros BZD anticonvulsivos incluyen el clobazam, clonazepam, clorazepate y el midazolam.

Las **benzodiazepinas (BZD)** son una clase de medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes e hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes (relajantes musculares). Es por ello que las benzodiazepinas son usados en medicina para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares. Son también usados en ciertos procedimientos invasivos como la endoscopia o dentales cuando el paciente presenta ansiedad o para inducir sedación y anestesia. Los individuos que abusan de drogas estimulantes con frecuencia se administran benzodiazepinas para *calmar* su estado anímico. A menudo se usan benzodiazepinas para tratar los estados de pánico causados en las intoxicaciones por alucinógenos.

La denominación de estos compuestos, suele peculiarizarse por la terminación *-lam* o *-lan* (triazolam, alprazolam, oxazolam, estazolam) y por la terminación *pam* y *pan* (diazepam, lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam). No obstante, hay excepciones como el clorazepato dipotásico (*Tranxilium*) o el clordiazepóxido (*Librium*). El término *benzodiazepina* se refiere a la porción en la estructura química de estos medicamentos compuesto por el anillo de benceno unido a otro anillo de siete miembros heterocíclicos llamado *diazepina*.

A pesar de que en el uso clínico las benzodiazepinas ejercen efectos cualitativos muy similares uno del otro, existen importantes diferencias cuantitativas en sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, las cuales han sido la base de sus variados patrones de aplicación terapéutica.

El uso prolongado de estos medicamentos, aun a dosis terapéuticas puede causar dependencia.

Las Benzodiazepinas constituyen el grupo farmacológico más usado en nuestro medio y son los fármacos más utilizados en intentos de autólisis.

Clasificación de las benzodiazepinas según su vida media.

- Acción ultracorta (<6 horas): Midazolam, triazolam, bentazepam, brotizolam.
- Acción corta-intermedia (6-24 horas): Alprazolam, lorazepam, Lormetazepam, bromazepam, flunitrazepam, oxazepam.
- Acción larga (>24 horas): Diazepam, Cloracepato dipotásico, clobazam, halazepam, ketazolam, flurazepam, nitrazepam, quaepam.

ANSIOLÍTICOS

Las benzodiazepinas poseen propiedades anti-ansiedad y pueden ser usados para el manejo temporal de la ansiedad severa. Las BZD, por lo general, se administran por vía oral, aunque se pueden administrar por vía intravenosa durante un ataque de pánico. Un panel internacional de expertos en la farmacoterapia de la ansiedad y la depresión definieron al uso de las benzodiazepinas, especialmente en combinación con antidepresivos, como las principales drogas en la terapia de los trastornos de la ansiedad.

A pesar del incrementado enfoque en el uso de antidepresivos y otros agentes en el tratamiento de la ansiedad, las benzodiazepinas permanecen como los principales ansiolíticos en farmacoterapia debido a su eficacia, inicio rápido de acciones terapéuticas y el perfil más favorables de efectos colaterales. Los patrones en el tratamiento de los medicamentos psicotrópicos se han mantenido estables por más de una década, siendo las benzodiazepinas las más usadas en el trastorno del pánico. Algunos BZD usados como ansiolíticos son el alprazolam, bromazepam, chlordiazepoxide, clonazepam, clorazepate, diazepam, lorazepam, medazepam, nordazepam, oxazepam y el prazepam.

INSOMNIO

Las benzodiazepinas se usan como hipnóticos por sus fuertes efectos sedativos y algunos se prescriben a menudo para el manejo del insomnio. Las BZD de larga duración, tal como el nitrazepam, tienen efectos colaterales que pueden persistir durante todo el día, mientras que las BZD de duración intermedia, como el temazepam, tienen menos efectos duraderos manifiestos al día siguiente de su administración. Las funciones hipnóticas de las BZD deberían ser reservadas por cursos de corta duración para tratar el insomnio, puesto que pueden producir dependencia y tolerancia si se toman regularmente por más de unas pocas semanas. Otros hipnóticos BZD usados para el insomnio incluyen el brotizolam, estazolam, flunitrazepam, flurazepam, loprazolam, lormetazepam, midazolam, nimetazepam, phenazepam y triazolam.

Se pueden aprovechar los efectos de las BZD antes de los procedimientos quirúrgicos, especialmente en quienes se presenten con ansiedad. Por lo general, se administran un par de horas antes de la cirugía, produciendo alivio de la ansiedad y también produciendo amnesia ayudando a olvidar la incomodidad previa a la operación. El lorazepam puede ser usado también en personas antes de procedimientos odontológicos. Las BZD pueden resultar muy útiles en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos que estén recibiendo ventilación mecánica o aquellos con dolor o muy tensos. Se debe usar precaución en estos casos debido a la posibilidad de depresión respiratoria en algunos pacientes que reciben BZD.

DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Se ha demostrado que las benzodiazepinas son seguras y efectivas para el tratamiento de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica.

Las BZD más frecuentemente usadas para el manejo de la detoxificación alcohólica son el diazepam y el clordiazepóxido, dos agentes de acción duradera y el lorazepam y oxazepam, de acción intermedia. El diazepam y clordiazepóxido hace que la detoxificación sea más tolerable y se espera que los síntomas de abstinencia no aparezcan. Los agentes de acción intermedia tienen excelentes resultados. En el alcoholismo no complicado la primera línea de tratamiento es el clordiazepóxido, mientras que el oxazepam es el más frecuentemente usado para casos de síntomas de abstinencia más severos y en pacientes que metabolizan los medicamentos con más dificultad, como los pacientes ancianos y quienes tengan cirrosis hepática. El lorazepam es el único BZD con absorción intramuscular conocida en casos que se requiera su uso intramuscular y es el más efectivo en prevenir y controlar las epilepsias. El fenazepam también se usa en estos casos con excelentes resultados.

TRASTORNOS MUSCULARES

Las benzodiazepinas tienen propiedades relajantes sobre los músculos por lo que son útiles en el control de espasmos musculares como en el caso del tétanos y otros trastornos espásticos como el síndrome de las piernas inquietas.

MANÍA AGUDA

Los episodios maníacos son estados anímicos anormales, constituyendo una de las fases del trastorno bipolar. Las BZD pueden ser útiles en el manejo a corto plazo de la manía aguda hasta que logren tener efecto el litio o neurolepticos. Las BZD producen rápida tranquilización y sedación del individuo maniaco por lo que son una herramienta importante para estos pacientes. Tanto el clonazepam y el lorazepam son usados para estos tratamientos con algunas evidencias de que el clonazepam es superior en sus efectos anti-maníacos.

USOS NO TERAPÉUTICOS

Las benzodiazepinas se usan y abusan recreacionalmente en la activación de las vías de gratificación dopaminérgicas del sistema nervioso central. Quienes abusan de las BZD desarrollan un alto grado de tolerancia, así como subidas en escaladas de las dosis a niveles muy elevadas. El uso de larga data de las BZD tiene el potencial de crear dependencia física y psicológica y añade un riesgo de serios síntomas de abstinencia. La tolerancia y la dependencia de las BZD se crea con rapidez entre los usuarios de estos medicamentos, demostrando síntomas de abstinencia de las BZD en tan solo 3 semanas de uso continuo. En particular el temazepam, usado ocasionalmente por vía intravenosa, puede llevar a complicaciones como abscesos, celulitis, tromboflebitis, trombosis venosa profunda, hepatitis B y C, VIH o SIDA, sobredosis y gangrena.

Las benzodiazepinas se usan también ampliamente entre usuarios de las anfetaminas y aquellos que abusan de esta combinación tienen niveles más elevados de trastornos mentales, deterioro social y salud generalmente pobre. Quienes se inyectan BZD tienen una probabilidad 4 veces mayor de compartir sus jeringas que quienes se inyectan drogas no-benzodiazepínicas. Se ha concluido en varios estudios que las BZD causan mayor riesgo de disfunción psico-social entre sus usuarios. Aquellos que usan estimulantes y drogas depresivas reportan con mayor frecuencia reacciones a los estimulantes y de haber sido tratados por problemas relacionados con los estimulantes que los depresivos.

Una vez que se haya establecido una dependencia medicamentosa, el clínico tiende a establecer el consumo diario promedio de BZD por el usuario y convertir al paciente a una dosis equivalente de diazepam antes de comenzar el programa gradual de reducción, comenzando con reducciones de aproximadamente 2 mg. No se recomienda añadir otras drogas como antidepresivos como el bupropión, bloqueantes de los receptores beta y carbamazepina, a menos que haya una indicación específica para su uso.

Algunas benzodiazepinas, por encima del resto, se asocian a crímenes en especial si ingeridas en combinación con licor. La potente benzodiazepina flunitrazepam, que tiene efectos amnésicos fuertes, puede causar que quienes abusen de su uso se vuelvan «sangre fría» o despiadados y que se llenen de sentimientos de invencibilidad. Ello a conllevado a actos de extrema violencia en contra de otros, con frecuencia dejando al atacante sin memoria de lo ocurrido durante su estado inducido por la droga. Se ha propuesto que los actos criminales y violentos producidos bajo los efectos de las benzodiazepinas pueden estar relacionados a niveles bajos de serotonina por medio de efectos GABAérgicos. Se ha implicado al flunitrazepam en casos de asesinos en serie que ejercen actos de tremenda violencia quienes presentan luego amnesia anterógrada. Un estudio de psiquiatría forense demostró que quienes abusaban de flunitrazepam para el momento de sus crímenes mostraron violencia extrema, carecían la capacidad de pensar con claridad y experimentaron una pérdida de empatía por sus víctimas. Se encontraron en el estudio que el abuso del licor y otras drogas en combinación con el flunitrazepam empeoraba la situación. Su comportamiento bajo la influencia de flunitrazepam se oponía al estado psicológico normal del individuo.

EFECTOS ADVERSOS

Los efectos secundarios más frecuentes que pueden aparecer con el uso o administración de benzodiazepinas incluyen:

- Somnolencia
- Vértigo
- Malestar estomacal
- Visión borrosa y otros cambios en la visión
- Dolor de cabeza
- Confusión
- Depresión
- Trastornos de la coordinación
- Trastornos del ritmo cardíaco
- Temblor
- Debilidad
- Amnesia
- Efecto resaca (tambaleos)
- Sueños inusuales o pesadillas
- Dolor de pecho
- Ictericia
- Reacciones paradójicas

Reacciones paradójicas



Los efectos tranquilizantes de las benzodiazepinas pueden ser sobrepuestos por reacciones violentas y agresivas en ciertas personas susceptibles.

Se han percibido cambios en la conducta como resultado de la administración de BZD, incluyendo manía, esquizofrenia, enojo, impulsividad e hipomanía. Aquellos individuos con trastorno límite de la personalidad parecen tener un riesgo mayor de tener trastornos psiquiátricos y de conducta severos al tomar benzodiazepinas. La agresión y arranques violentos pueden ocurrir también con el consumo de BZD, en particular si se combinan con el licor. Aquellos que abusan de estas drogas y los pacientes con terapias de altas dosis

pueden tener un mayor riesgo de reacciones paradójicas a las BZD. Las reacciones paradójicas pueden ocurrir en cualquier individuo al inicio del tratamiento, de modo que se acostumbra un monitoreo basado en la probabilidad de la aparición de ansiedad o pensamientos suicidas. La reacción paradójica puede ser más leve, haciendo que la persona se torna habladora y emocionalmente abierta en sus relatos hablados.

Al usar a las benzodiazepinas como terapia adyuvante de la epilepsia, por lo general se requiere un ajuste de la dosificación del agente primario. La administración concomitante de BZD con otros anticonvulsivos puede precipitar un incremento en ciertas actividades epilépticas, específicamente las convulsiones tónico-clónicas.

En una carta a la *British Medical Journal*, se reportó que una alta proporción de padres referidos por amenazas o acciones de abuso y maltrato infantil habían estado consumiendo drogas, a menudo combinaciones de benzodiazepinas con antidepresivos tricíclicos. Varias madres describieron que en vez de sentirse con menos ansiedad o depresión, se volvieron hostiles y abiertamente agresivas en contra de sus niños y otros familiares durante el uso de tranquilizantes. El autor de la carta advirtió que ciertos ataques o estrés ambiental o social, tales como la dificultad de lidiar con el llanto de un bebé, combinado con el efecto de los tranquilizantes, podía precipitar la aparición de eventos de abuso infantil.

Estas reacciones paradójicas de furia por el uso de tranquilizantes benzodiazepínicos puede deberse al deterioro parcial de la conciencia, lo que genera estos comportamientos automáticos, amnesia de fijación y agresividad por la desinhibición con un posible papel jugado por ciertos mecanismo serotonérgicos.

No se conocen aún los mecanismos fisiopatológicos bajo estas reacciones, sin embargo se sabe que los individuos jóvenes y los de edad avanzada están a mayor riesgo, así como personas con hábitos alcohólicos y con trastornos psiquiátricos y de personalidad. Se ha reportado incluso una variabilidad genética en los receptores benzodiazepínicos GABA que puede contribuir a las respuestas farmacodinámicas inestables.

SOBREDOSIS

La sobredosis de benzodiazepinas, en particular cuando se combinan con licor u opio, puede llevar a un estado de coma. El antídoto para todas las benzodiazepinas es el flumazenil, un antagonista de las benzodiazepinas, el cual, ocasionalmente, se usa de modo empírico en pacientes que se presentan a una sala de emergencia por pérdida de la conciencia inexplicada. Siempre se prefiere el manejo de medidas de soporte antes de instalar un tratamiento agonista de benzodiazepinas para proteger al paciente tanto de los efectos de la abstinencia como de posibles complicaciones por el uso simultáneo de compuestos farmacéuticos no relacionados químicamente. Para ello se debe hacer, con el adecuado escrutinio, una determinación de una posible sobredosis deliberada, tomando previsiones para prevenir injurias adicionales por parte del individuo.

El flumazenil debe ser administrado por personal médico entrenado para ello, pues el uso adecuado en situaciones de sobredosis puede reducir la probabilidad de que el paciente sea

admitido a una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, se debe tomar precauciones en el uso del flumazenil, tomando en cuenta que el individuo puede tener una sobredosis mixta de varias sustancias, cuyos antídotos pueden tener su propio listado de interacciones medicamentosas adversas.

Los pacientes en quienes se sospecha una sobredosis por benzodiazepinas y que muestran deficiencia en su nivel de conciencia y depresión respiratoria y que lo más probable es que requieran una intubación endotraqueal junto con una posible admisión a cuidados intensivos, deben ser quienes se consideren candidatos para el flumazenil para evitar la intubación y la ventilación artificial. La decisión de administrar flumazenil a un paciente sospechoso de una sobredosis de BZD debe ser hecha seguida de una evaluación clínica comprehensiva, incluyendo un examen físico y evaluaciones bioquímicas del estado respiratorio del paciente y su capacidad de proteger, sin auxilio artificial, sus propias vías aéreas.

El flumazenil no debe ser usado en pacientes en quienes se sospeche o se conozca uso de drogas proconvulsiantes como los depresivos tricíclicos y en pacientes con antecedentes de epilepsia. El flumazenil tampoco debe ser usado en pacientes con dependencia física a las benzodiazepinas, por razón de que el flumazenil provocará, por lo general, un síndrome de abstinencia agudo al reemplazar el ligando del receptor benzodiazepínico, potencialmente produciendo el inicio de convulsiones severas. El flumazenil debe ser administrado de manera lenta y cuidadosa para evitar reacciones adversas asociadas a su uso. Se debe administrar la dosis eficaz mínima de este medicamento para evitar sus efectos psicológicos indeseables y para prevenir la aparición de efectos secundarios potencialmente graves. Algunos pacientes pueden despertar de manera agitada después de la administración de flumazenil y puede que intenten retirarse del servicio de salud donde se les está administrando el tratamiento. El uso de flumazenil debe ser restringido a centros asistenciales dotados con equipos de resucitación completa y accesible de manera inmediata.

La sobredosis de benzodiazepinas puede ser un evento intencional, accidental o iatrogénica. El tratamiento inicial, así como su diagnóstico correcto, pueden ocurrir simultáneamente con la administración de un bolo inyectado de flumazenil en el rango de 0,1 a 0,3 mg. Estas dosis son generalmente bien toleradas y efectivas para diagnosticar y tratar la sobredosis por benzodiazepinas. Muchas BZD son de acción más prolongada que flumazenil, por lo que existe un riesgo importante de recaída con la aparición de coma y depresión respiratoria a medida que seden los efectos del flumazenil. Dependiendo de la condición clínica, puede que sea necesaria la administración de dosis adicionales de flumazenil o una infusión de 0,3-0,5 mg por cada hora. En recién nacidos y niños pequeños, el flumazenil intravenoso de 10-20 microgramos tres veces al día (u otra dosificación si se es requerida) tiende a ser una dosis efectiva para las sobredosis con BZD. Para las terapias de larga duración, puede usarse la vía rectal puede ser una medida alternativa.

El flumazenil puede precipitar la aparición de convulsiones en pacientes con sobredosis mixta de carbamazepina y antidepresivos tricíclico, aunque estos y otras complicaciones pueden ser evitadas si se administran dosis titradas de flumazenil. Por ello, el flumazenil es un medicamento relativamente seguro y efectivo en el tratamiento de sobredosis con BZD.

Algunas investigaciones sugieren que el temazepam puede estar asociado a una tasa de mortalidad mayor que otras benzodiazepinas. Temazepam produce mayor sedación que otras BZD en situaciones de sobredosis, por lo que se piensa que el temazepam, en situaciones de sobredosis, tenga una mayor toxicidad que otras BZD.

INTOXICACIÓN

- ❖ Entrada en el organismo de sustancias venenosas capaces de provocar alteraciones patológicas.
- ❖ Penetración en el organismo de sustancia no vivas capaces de provocar alteraciones patológicas en las funciones vitales del hombre. Presenta cuadros clínicos muy diversos, dependiendo del tipo de tóxico, de la vía de ingreso en el organismo o de su metabolismo y eliminación. Puede ser aguda o crónica según la cantidad de tóxico y el tiempo de exposición.

INTOXICACIÓN AGUDA

Clínicamente se manifiesta con somnolencia-obnubilación, midriasis, nistagmus, hipotensión arterial, hipotermia, e hipotonía. Se debe prestar especial importancia al riesgo de depresión respiratoria y coma.

Tratamiento:

1. Asegurar la vía aérea y mantener constantes vitales en caso de depresión respiratoria.
2. Administración del antídoto:
Flumazenilo 0.2mg iv en bolo lento, repitiendo cada 30-60 segundos hasta un máximo de 2mg.
Si persiste la clínica o reaparece una vez que parecía controlada se pueden repetir los bolos iv o pautar el Flumazenilo en perfusión (2.5mg en 250cc de suero glucosado al 5% a pasar en 4 hrs, aunque el tiempo de duración de la perfusión puede variarse según la respuesta clínica).
3. Eliminación del tóxico mediante lavado gástrico y carbón activado a dosis de 1g/ Kg. de peso disuelto en 200 ml de agua.
4. Traslado a centro hospitalario y observación durante 6 horas después de que el paciente haya recuperado el nivel de conciencia y mantenga estabilidad hemodinámica.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Clínicamente se asemeja a una crisis de ansiedad con agitación, nerviosismo, palpitaciones, hipotensión arterial, sudoración, temblores, hipersensibilidad a la luz y al sonido, alucinaciones auditivas, visuales y táctiles y, puede llegar a, crisis convulsivas.

Tratamiento.- El mejor tratamiento es la prevención mediante la retirada gradual que debe ser individual. Inicialmente es aconsejable reducir un 10-25% de la dosis total diaria. La nueva dosis de benzodiacepina se debe administrar en varias tomas, manteniendo la dosis nocturna con el objetivo de inducir el sueño y así disminuir la ansiedad matutina.

Criterios diagnósticos para abstinencia de alcohol

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - Hiperactividad autonómica (p. Ej. sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - Temblor distal de las manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - Agitación psicomotora
 - Ansiedad crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Delirium por abstinencia de alcohol. Delirium Tremens.

- A. Alteración de la conciencia (p. Ej.: disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante o poco después de un síndrome de abstinencia.

GLOSARIO:

Agonista: Músculo cuya contracción se opone a la de otro músculo (antagonista). 2. Sustancia que tiene afinidad celular específica y produce una respuesta predecible.

Antagonista: Cualquier sustancia o agente orgánico, como un fármaco o músculo, cuya acción se opone a la de otro.

Amnesia: Pérdida de la memoria por lesión cerebral o traumatismo emocional intenso.

Autólisis (autolysis): 1. proceso de degradación de los constituyentes de los tejidos por la acción de las propias enzimas intracelulares que, por lo general, ocurre después de la muerte. 2. Suicidio.

Confusión: Estado mental caracterizado por desorientación en cuanto tiempo, lugar o persona, que provoca aturdimiento, perplejidad, pensamiento desordenado e imposibilidad de elegir o actuar decididamente.

Delirio: 1. Estado de extrema excitación o entusiasmo exagerado. 2. Trastorno mental orgánico agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, disminuyendo el nivel de conciencia, incoherencia, temor, ansiedad, excitación y generalmente ilusiones y alucinaciones de tipo visual.

Depresión: Zona deprimida o hueca fosa; desplazamiento hacia abajo o hacia dentro. 2. Disminución de la actividad emocional vital.

Díada: Dinámica de los grupos sociales pequeños por dos personas (enfermera-paciente), en los grupos de dos la interacción social es mucho más intensa que en los grupos más numerosos.

Diagnóstico: Investigación de los síntomas de una enfermedad para reconocerla y clasificarla por una denominación propia.

Diagnóstico de enfermería: Problema de salud, real o potencial que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar.

Escoriación: Lesión de la superficie de la piel producida por rascado o abrasión.

Fármaco: Cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una actividad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad.

Farmacocinética: Estudio de la acción de los fármacos en el organismo, incluidas las vías y mecanismos de absorción y excreción, la velocidad de comienzo de su acción y la duración de ésta, la biotransformación de la sustancia en el organismo y los efectos y vías de excreción de sus metabolitos.

Farmacodinamia: Estudio del modo de acción de un fármaco sobre un organismo vivo, como la respuesta farmacológica observada en relación con la concentración del fármaco en un lugar activo del organismo.

Funciones independientes de enfermería: Actividad reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere de supervisión o dirección de otros profesionales.

Funciones interdependientes de enfermería: Actividad de enfermería que requiere dirección o asesoramiento de otros profesionales de salud.

Hipercapnia: Elevación de la cifra del dióxido de carbono por encima de lo normal.

Hipnosis: Estado pasivo del trance similar al sueño normal y durante el cual la percepción y la memoria se alteran, provocando un aumento de receptividad a la sujeción.

Hipnótico: Fármaco que induce a un sueño semejante al fisiológico y que se utiliza en pequeñas dosis como sedantes.

Hipomanía: Estado psicopatológico que se caracteriza por optimismo, excitabilidad, intensa hiperactividad y locuacidad, aumento del interés sexual, irritabilidad y propensión al encéfalo y descenso de la necesidad del sueño.

Homeostasis: Mantenimiento del medio interno en un estado relativamente constante gracias a un conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida.

Intoxicación: Condición o estado físico producido por la ingestión, inyección, inhalación o exposición a una sustancia tóxica. La identificación del agente tóxico es fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz.

Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido toda la noche. Puede deberse a multitud de factores físicos y psíquicos, ya sea estrés emocional, dolor físico, alteración de la función cerebral o bien intoxicación con delirio.

Gestión: Acción o efecto de administrar.

Gestionar: Hacer diligencias conducen a un logro de un negocio o de un deseo cualquiera.

Manía: Trastorno del humor caracterizado por un estado emocional expresivo con excitación extrema, con hiperactividad, agitación, logorrea, fuga de ideas, gran actividad psicomotora, incapacidad de mantener la atención y, en ocasiones, un comportamiento violento, agresivo o autodestructivo.

Metaparadigma: Es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones

Midriasis: Dilatación de la pupila ocular por contracción del músculo dilatador del iris. Al disminuir la luz o bajo la acción de ciertos fármacos, el músculo dilatador reacciona el iris hacia fuera, agrandando la pupila.

Nistagmo: Movimiento involuntario y rítmico de los ojos, las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, rotatorios o mixtos.

Obnubilación mental: Estado mental en el que un paciente está confuso y no sabe si está totalmente conciente o no.

Propender: Tener tendencia hacia algo, inclinarse por alguna cosa.

Quehacer: Tarea que hay que realizar.

Holístico: Es un estilo cognitivo, término usado en psicología este estilo permite gran flexibilidad individual, pudiendo los individuos ser sensibles a las características de las tareas de forma que modifican su forma de aprender para adecuarse a ellas.

Paradójica: Figura de pensamiento que consiste en emplear expresiones o frases que envuelven. Contradicción entre dos cosas o ideas.

Parenteral: Efectuado por vía distinta de la digestiva o intestinal.

Sinapsis: Región que rodea el punto de contacto entre dos neuronas o entre una neurona y un órgano efector a través del cual se transmiten los impulsos nerviosos mediante la acción de un neurotransmisor como la acetilcolina o la noradrenalina.

Serotonina: Derivado natural del triptófano que se encuentra en las plaquetas y en las células cerebrales e intestinales. Se libera cuando se lesionan las paredes de los vasos sanguíneos y actúa como un potente vasoconstrictor.

Somnolencia: Estado de sueño o adormecimiento.

Toxico: Prefijo que significa veneno.

Toxicidad: Grado de virulencia de una toxina o sustancia venenosa.

Toxicomanía: Drogadicción estado de dependencia física o psíquica con respecto a un producto psicótropo, como los opiáceos, la cocaína, etc.

Valoración: Término utilizado para describir la entrevista inicial con un paciente de la que se extrae importante información que permita individualización de los cuidados de enfermería.

Violencia: Acción y efecto de utilizar la fuerza y la intimidación para conseguir algo.

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ http://INEGI_publicsalud./htm.
- ² Mereneses Doroty. Elementos de enfermería psiquiátrica. México: Interamericana, 2ª. Edición 1982.
- ³ Schults. Judith. Enfermería Psiquiátrica-Planes de cuidados. México: Interamericana, 1ª. Edición 1998.
- ⁴ [Iftp/gestión_cuidado.doc](http://gestión_cuidado.doc).
- ⁵ Marrineer T. Railr M. Modelos y teorías de enfermería. México; Harcourt, 4ª. Edición 1998.
- ⁶ <http://www.colegiodeenfermeras.d/datos>
- ⁷ Colonna. L. Cuadernos de la enfermera. Barcelona. Masson, 1ª. Edición 1981.
- ⁸ Rodríguez S. Berta A. Proceso Enfermero Aplicación Actual. México-Jalisco. 1ª. Edición 2006.
- ⁹ Grupo Océano. Diccionario de medicina Océano Mosby. España; Océano, 4ª. Edición.
- ¹⁰ Thomson. Diccionario de especialidades farmacéuticas (PLM). México; Inter-sistemas, 52ª. Edición 2006.
- ¹¹ Baily-Raffensperger E. Lloyd-Zusy M. Neeson-Jean D. Manual de la enfermería. España; Océano/Centrum. 2004.
- ¹² Smeltzer Suzanne C. Bare Brenda G. enfermería medicoquirúrgica. México; Mc Graw Hill. Interamericana, 10ª. Edición 2005.
- ¹³ Rosales-Barrera S, reyes-Gómez E. fundamentos de Enfermería. México D.F; Manual Moderno, 3ª. Edición 2004.
- ¹⁴ Carpenito-Juall L. Diagnósticos de enfermería. México; Mc Graw-Hill. Interamericana, 9ª. Edición 2003.
- ¹⁵ Altschul, Annie. Simpson Ruth. Manual de enfermería psiquiatría. México, 1ª. Edición 1981.
- ¹⁶ Steven I. Dubovsky, Michael P. Weissberg. Psiquiatría para el medico general. México D. F: Interamericana, 1ª. Edición 1981.
- ¹⁷ Lipkin B. Gladis, Cohen G. Roberta. Atención emocional al paciente. México D. F: La prensa médica mexicana, 1ª. Edición 1984.
- ¹⁸ Tortora G. J. Grabowski S. Principios de anatomía y fisiología. Edo. De México; Oxford, 9ª. Edición 2003.
- ¹⁹ Lippert H. Anatomía. Madrid. España; Marban, 4a. Edición 2003.
- ²⁰ <http://www.dlamente.org/sustancias/benzodiacepinas.htm>.