

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERO A PACIENTE CON INTOXICACION POR
ORGANOS FOSFORADOS, EsSALUD HOSPITAL II, VITARTE, 2017

TRABAJO ACADEMICO
PRESENTADO POR: LIC. YENY QUISPE INFANTE

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERA ESPECIALISTA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

ASESOR: Dr. Edgar Alvizuri Gómez

Lima, Perú
2017

DEDICATORIA

A mis hijas, soporte de amor y ternura, guardianes en el caminar de mi existencia y razón de seguir adelante. A mi esposo, por su gran amor y sacrificio, compañero fiel y amigo incondicional, por su paciencia y tolerancia en el hogar y en mis ocupaciones profesionales.

YENY

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir estar con vida y salud, disfrutando de la familia, del trabajo y los amigos desarrollando mi profesión al servicio de prójimo.

A la Universidad de Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Enfermería por haberme cobijado en sus aulas universitarias, para formarme como Enfermera Especialista.

A los docentes de la Facultad de Enfermería por brindar sus conocimientos en el proceso de enseñanza - aprendizaje durante el tiempo mi formación académico.

A mis Padres y hermanos quienes a diario me motivan y apoyan en el fragor del quehacer Darío, sin ellos no sería posible cristalizar mi desarrollo académico.

Al Dr. Edgar Alvizuri Gómez por su tiempo y su aporte técnico – científico en la culminación del presente trabajo académico.

YENY

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas	9
1.2 Teorías de Enfermería.....	31
1.3 Cuidados de Enfermería.....	32
1.4 Estudios Relacionados con el tema	36

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE - EBE

2.1 Valoración Según Dominios	39
2.2 Diagnostico de Enfermería	45
2.3 Planeamiento de Objetivo y Prioridades.....	48
2.4 Ejecución de las Intervenciones.....	64
2.5 Evaluación De Los resultados	65

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones del Trabajo	79
3.2. Recomendaciones.....	81
Referencias Bibliográficas.....	82
Anexos.....	85

RESUMEN

El trabajo académico, Cuidados de enfermero a paciente con intoxicación por órganos fosforados, en la Seguridad Social de Salud, Hospital II, Vitarte, 2017; describe detalladamente la teoría y la verificación con la práctica hospitalarias en el abordaje de emergencias en pacientes con intoxicación por órgano fosforado, tiene como objetivo: presentar el cuadro clínico del paciente con dicha intoxicación e identificar las necesidades alteradas, corregir, mantener y rehabilitar al paciente por medio de la aplicación de conocimientos y procedimientos; con la finalidad de que el paciente se recobre en el menor tiempo posible su salud teniendo un caso de una adolescente con ingesta de órganos fosforados. Actualmente, las intoxicaciones por órganos fosforados se constituyen como un problema de salud pública donde la ingesta intencional o accidental provoca manifestaciones clínicas de efectos *muscarínicos* y *nicotínicos*, lo que puede comprometer el sistema neurológico, respiratorio, renal, etc. Además, como son sustancias que están al alcance de las personas, el cuadro de intoxicación genera un síndrome clínico característico, con síntomas colinérgicos secundarios a la estimulación de los receptores de acetilcolina.

La intervención de enfermería se sustenta en mantener la permeabilidad de la vía aérea y la administración de la atropina. La priorización de un plan de cuidados es el manejo integral del paciente; utilizando las taxonomías internacionales para los diagnósticos, planificación, intervenciones y las evaluaciones. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró controlar la intoxicación por órganos fosforados. Las manifestaciones clínicas desaparecieron paulatinamente, signos vitales conservados y se logró integrar la familia. Paciente es reincidente, se coordina con las otras especialidades para su mejor manejo antes de su alta del Hospital. En conclusión se deben intensificar esfuerzos en capacitación y actualización permanente del personal de enfermería, incrementar la toxico vigilancia, fortalecer las medidas preventivas.

PALABRAS CLAVE: Cuidado enfermero, intoxicación, órgano fosforado, reincidente, manejo integral.

ABSTRACT

The academic assignment, Nursing care patient with phosphorous organs poisoning, at the Health Social Security, Vitarte, Hospital II, 2017, explain in details the theory and the verification with the hospital practice in approach of emergencies patients with phosphorous organs poisoning; it aims to: Present patient's clinical assessment with intoxication and identify altered needs, improves, supports and restores with application of nursing knowledge and procedures; the purposes was to recover the patient health in shortest possible time; it had a case of a teenager with ingestion of phosphorous organs poisoning. Currently, intoxications by phosphorous organs were constituted as a public health problem which intentional or accidental intake causes clinical manifestations of muscarinic and nicotinic effects, which may endanger the system neurological, respiratory, and renal, etc. Moreover, as there were substances that available to people, the poisoning table generates a characteristic clinical syndrome, with cholinergic symptoms secondary to the stimulation of acetylcholine receptors.

The intervention was maintains permeability, airway stability and administration of atropine. The prioritization of a care plan was the integral management for the patient; using international taxonomies for diagnostic, planning, intervention and evaluation. The results obtained were satisfactory; it was possible to control the intoxication by phosphorous organs. The clinical manifestations disappeared gradually, vital signs conserved and the family was managed to integrate. However, because the patient was recidivist; we need to coordinates with other specialties for her better outcome before we can discharge from the Hospital. In conclusion, efforts should be intensified in training and permanent updating of nursing staff, increasing toxic surveillance, strengthening prevention actions and educating the patient.

KEY WORDS: Nurse care, intoxication, phosphorous organ, recidivist, integral management.

INTRODUCCIÓN

Los órganos fosforados es cualquier sustancia, que al ser ingerida, inhalada, absorbida por la piel o al generarse dentro del cuerpo en cantidades relativamente pequeñas producen lesión al organismo, por su acción química, estas lesiones están enmarcadas dentro del deterioro de sistemas vitales tales como: respiratorios, cardíacos, digestivos, nerviosos, entre otros. Dicho de otro modo, las intoxicaciones, ya sea en forma accidental o intencionalmente constituyen hoy en día un problema de salud, que cada día se agrava más. Ahora bien, los pacientes intoxicados, y, específicamente con organofosforados, se convierten en pacientes críticos, que deben de ser atendidos con la mayor rapidez, y más importante aún, deben ser manejados tomando en cuenta bases científicas que conlleven a restablecer fisiológicamente al organismo afectado.

El objetivo del trabajo académico es conocer la valoración y manejo del paciente intoxicado por órganos fosforados y las intervenciones de enfermería.

Los casos de intoxicación aguda por plaguicidas (IAP) son una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Los países en desarrollo son particularmente vulnerables, pues en ellos coinciden una escasa regulación de esos productos, la falta de sistemas de vigilancia, un menor cumplimiento de las normas y un acceso insuficiente a los sistemas de información tenemos intoxicados por todo los valles donde se dedican a la agricultura y ganadería.

A nivel mundial aproximadamente 3 millones de envenenamientos y 200 000 muertes por organofosforados son causados por pesticidas.

Lamentablemente en el Perú no se han hecho guías oficiales con aval del Ministerio de Salud (MINSA) sobre intoxicaciones por organofosforados y carbamatos en adultos.

Colombia es un país con una importante actividad agrícola e industrial que consume grandes volúmenes de productos químicos de grado variable de

toxicidad. En el 2010 estimaron que la producción fue un poco más de 24.000 toneladas y 25 millones de litros de plaguicidas, y se importaron alrededor de 53.000 toneladas de plaguicidas.

El Perú, en el 2012 ha importado plaguicidas para uso agrícola un total de 3 032,2 toneladas (TM) de insecticidas, 8 987,9 Tm de herbicidas, 45,2 toneladas de rodenticidas, 3 829,1 Tm fungicidas y 579,8 Tm acaricidas, mayor cantidad que al año 2014.

Según el Ministerio de Salud (2014) En su informe anual sobre la situación de la intoxicación por organofosforados en el Perú, detallo que en el 2014 Lima presento un total de 1010 casos, seguido por Junín con 218 casos, en Arequipa se presentaron 140 casos, en Piura un total de 70 casos; en el 2015 Lima presento 1206 casos, Arequipa 202 casos, Junín 187 casos e Ica 5 casos; en el 2016 Lima presento 995 casos, Junín 101 casos, Apurímac 50 casos e Ica 7 casos. Dentro de los agentes que fueron causales directas tenemos los carbamatos con un 58.2% seguido por las cumarinas con un 19.1% y los organofosforados con un 10.8%. El tipo de exposición en general fue ocupacional con un 69.7% seguido de los voluntarios con un 19.4%, accidental con un 5.6%.

El presente estudio en su primer capítulo desarrolla un amplio marco teórico producto de una revisión minuciosa de varias bibliografías y contrastar las mismas con la práctica, que se detalla su origen, presentación de manifestaciones clínicas, la fisiopatología, el tratamiento y los cuidados de enfermería y el segundo capítulo se elige un caso clínico y la valoración del paciente ingresado al EsSALUD Hospital II Vitarte, Servicio de Emergencia por intoxicación por organofosforados, donde se realiza la valoración del paciente, se realiza el análisis y síntesis para llegar al diagnóstico de Enfermería, luego de las conclusiones diagnósticas se plantea los objetivos con sus respectivas intervenciones para luego ser evaluadas, posterior a las intervenciones inmediatas plasmadas en un proceso de atención de enfermería y finalmente se plantea Conclusiones y recomendaciones. Se cita los autores consultados y se anexa algunos estudios realizados internacionalmente y en el ámbito nacional.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases Teóricas

Intoxicación por Órganos Fosforado.

Según **CEMPAS. (2007)** Los organofosforados son un grupo de químicos usados como plaguicidas artificiales aplicados para controlar las poblaciones plagas de insectos. La segunda guerra mundial trajo aparejada una gran revolución de la industria química, en este marco aparecieron los organofosforados, como aplicación, exclusivamente militar (gases neurotóxicos) y luego de la guerra, con un amplio uso en el área agrícola. Así aparecieron en los 50's el paratión y el malatión, organofosforados que se consolidaron como insecticidas principalmente agrícolas y su uso se incrementó enormemente con la prohibición del uso de los órganos clorados.

Los órganos fosforados presentan una estructura química en común pero ellos difieren grandemente en su estructura, sus propiedades físicas, farmacológicas y

consecuentemente en los usos para los cuales han sido puestos. En nuestro país los plaguicidas órganos fosforados son la primera causa de intoxicación por plaguicidas, por lo que hace urgente por lo que se hace urgente el manejo adecuado de esta intoxicación por todo el personal de salud.

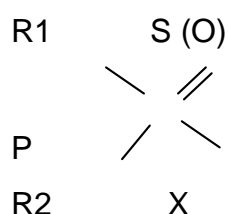
Composición

COLLADO A. (2001) Refiere que son ésteres del ácido fosfórico (unión de un ácido y un alcohol) y una variedad de alcoholes. Cuando el átomo que se une al fósforo con doble enlace es el oxígeno, el compuesto se denomina OXON y es un potente inhibidor de la colinesterasa y de otras esterases, sin embargo con el oxígeno en esta posición, se favorece la hidrólisis del compuesto, especialmente bajo condiciones alcalinas. Para hacerlos más resistentes a la hidrólisis, se ha sustituido al oxígeno por un átomo de azufre.

Según CÓRDOVA, D (1991) Bajo esta denominación se incluyen más de 200 sustancias químicas que se emplean principalmente como insecticidas y nematocidas, sin embargo algunos de ellos se usan también como herbicidas, fungicidas, plastificantes y fluidos hidráulicos (en la industria) y como arma de guerra química.

Los órganos fosforados son ésteres de ácido fosfórico (unión de un ácido y un alcohol) y una variedad de alcoholes generalmente liposolubles.

Su estructura básica es:



En donde R1 y R2 pueden ser alquilo, alcoxi, arilo, amido y X puede ser un grupo haluro, fenoxi, tiofenoxi, etc.

Cuando el átomo que se une al fósforo con el doble enlace es el oxígeno, el compuesto se denomina OXON, y es un potente inhibidor de la enzima colinesterasa y de otras esterasas. Sin embargo con el oxígeno en esta posición, también se favorece la hidrólisis del compuesto, especialmente bajo condiciones alcalinas. Para hacer estos compuestos más resistentes a esta hidrólisis, y por consiguiente, para prolongar su vida media en el ambiente, muchos organofosforados presentan un átomo de azufre en vez de un átomo de oxígeno. Estos organofosforados se denominan TIONES. Los TIONES son inhibidores pobres de la colinesterasa, pero penetran las membranas biológicas más rápidamente que los oxones. La sustitución de uno de los radicales oxígenos del átomo de fósforo, por un átomo de flúor, formando el fluorofosfato de alquilo correspondiente, generalmente potencia su acción anticolinesterásica y, especialmente, dificulta la regeneración de las enzimas inhibidas.

En el ambiente los tiones se convierten en oxones por acción del oxígeno y la luz solar, y en el organismo por acción de las enzimas microsomales del hígado.

En otras palabras los tiones son sustancias sumamente tóxicas por su habilidad de atravesar las barreras biológicas y por la facilidad de convertirse en oxones dentro del organismo.

Dentro de las propiedades fisicoquímicas de los organofosforados podemos resaltar las siguientes:

- La mayor parte de ellos son liposolubles, lo que favorece su penetración al organismo.
- Poseen baja presión de vapor, con excepción de algunos pocos (por ejemplo, el doclorvos). Esto los hace poco volátiles.
- La principal forma de degradación en el ambiente es la hidrólisis especialmente bajo condiciones alcalinas, lo que tiene importancia en el proceso de destrucción del plaguicida.
- Estos compuestos son llamados TIONES y son pobres inhibidores de la Colinesterasa pero tiene la característica de atravesar la membrana celular más rápidamente que los oxones.

Mecanismos de Acción

Los órganos fosforados ejercen su mecanismo de acción a través de la fosforilación de la enzima acetilcolinesterasa en las terminaciones nerviosas, provocando inhibición de la misma. La enzima acetilcolinesterasa es la responsable de la destrucción y terminación de la actividad biológica del Neurotransmisor acetilcolina, al estar esta inhibida se acumula acetilcolina en el espacio sináptico alterando el funcionamiento normal del impulso nervioso.

VOS DR., P. (2006) La acumulación de acetilcolina se produce en las uniones colinérgicas neuroefectoras (efectos muscarínicos), en las uniones mioneurales del esqueleto y ganglios autónomos (efectos nicotínicos), así como en el sistema nervioso central. Los órganos fosforados inactivan la actividad de la enzima acetilcolinesterasa, mediante inhibición enzimática competitiva e irreversible.

Los compuestos orgánicos fosforados reaccionan con la enzima de manera similar a la acetilcolina. La parte ácida del plaguicida se incorpora covalentemente en el sitio activo de la enzima, mientras se libera la fracción alcohólica. Posteriormente una molécula de agua libera la parte ácida del plaguicida, dejando la enzima libre y reactivada.

CEMPAS. (2007) Las colinesterasas inhibidas son de dos tipos: La colinesterasa verdadera (acetilcolinesterasa o colinesterasa) se encuentra unida a las membranas de las neuronas, en las sinapsis ganglionares de la estructura neuromuscular del organismo y en los eritrocitos.

CEMPAS. (2007) La pseudocolinesterasa o colinesterasa inespecífica, está presente generalmente en forma soluble en casi todos los tejidos, principalmente hígado y plasma, pero en poca concentración en el sistema nervioso central y periférico.

Dicha enzima es inhibida por los órganos fosforados y carbonatos, pero sin relación con la manifestación de síntomas clínicos.

TÓXICOS (2015) Los organofosforados y carbamatos causan una inhibición de la acetilcolinesterasa por fosforilación, lo que conduce a una acumulación del

neurotransmisor acetilcolina en los receptores, ya que el enzima es incapaz de degradar la acetilcolina, y a la consiguiente hiperestimulación y posterior interrupción de la transmisión nerviosa, a nivel de la unión neuroefectora, del sistema músculo esquelético, SNC y autónomo. Que puede llevar, en casos graves, a la insuficiencia respiratoria y a la muerte.

En el hombre, la acetilcolina se encuentra en las terminaciones posganglionares del parasimpático (receptores muscarínicos), en las sinapsis neuromusculares (receptores nicotínicos), en los ganglios simpáticos y parasimpáticos (receptores nicotínicos) y en el SNC. Todos los organofosforados son también inhibidores de la acetilcolinesterasa eritrocitaria (o colinesterasa verdadera) y de la colinesterasa plasmática y la hepática (o pseudocolinesterasas), y aunque no se conocen repercusiones clínicas de este hecho, su monitorización permite establecer, con ciertas limitaciones, la gravedad de la intoxicación y el tiempo transcurrido desde la exposición al insecticida. También inhiben la esterasa neurotóxica, una enzima que se ha relacionado con la neuropatía retardada.

Al igual que los organofosforados, los carbamatos inhiben las colinesterasas.

Sin embargo, la unión de los carbamatos a la colinesterasa es molecularmente más inestable. Se acumula la acetilcolina en receptores muscarínicos y nicotínicos. Por lo que al carbamilar e inactivar la Acetilcolinesterasa, se hidroliza espontáneamente, recuperándose la función del enzima. Por lo tanto es “reversible”, reactivándose en forma espontánea con rapidez. Por ello, la duración de su acción es más corta y su toxicidad más baja. Teniendo un amplio margen entre la dosis que produce síntomas y la que provoca la muerte.

Produce poca o ninguna acción sobre el SNC; cruzan muy mal la barrera hematoencefálica, por lo que las manifestaciones colinérgicas centrales son mínimas o están ausentes.

Clasificación

Dentro de la clasificación de los órganos fosforados encontramos, Extremadamente Tóxicos: Parathion, Phosdrin, Dimecron, Nemacur. Altamente Tóxicos: Gusathión, Monocrotofos, son fundamentalmente esteres del ácido

fosfórico. Se descomponen con mayor facilidad y son menos persistentes en el ambiente con relación al órgano clorado, pero más peligroso para el hombre debido a que tienen un alto grado de toxicidad.

SOGORB M.A (2007) Muchos de ellos son sistémicos, es decir, son absorbidos por las plantas e introducidos en el sistema vascular de los vegetales, actuando tanto en los insectos chupadores como también sobre las personas que ingieren el alimento, aunque éste sea previamente lavado. Son ejemplos el Dimetoato y Fosfamidón.

También hay herbicidas derivados del ácido fosfórico, como por ejemplo el Glifosato. Ingresan al organismo por vía dérmica, respiratoria, digestiva y conjuntiva. La vida media es relativamente corta”

Factores biológicos de riesgo para intoxicación por plaguicidas

- ✓ Niños menores de cinco años de edad
- ✓ Ancianos
- ✓ Acetiladores lentos de toxinas

La letalidad por intoxicación por plaguicidas con fines suicidas es de 10 a 20% en países no desarrollados, y de menos de 0.3% en países desarrollados. Entre los factores determinantes de ésta diferencia se han propuesto

- ✓ Alta toxicidad de plaguicidas disponibles localmente
- ✓ Dificultad para transportar a los pacientes al hospital
- ✓ Escasez de profesionales de salud para atender a un gran número de pacientes
- ✓ Carencia de unidades médicas, antídotos y entrenamiento idóneos para el manejo de pacientes intoxicados con plaguicidas

La probabilidad de presentar síntomas asociados a plaguicidas es más alta (133%) entre los individuos que aplican los plaguicidas, en comparación con los miembros de la misma familia que no están expuestos directamente al plaguicida, la probabilidad de presentarse con síntomas es aún mayor entre los aplicadores de segunda línea o sustitutos de los aplicadores de primera línea, probablemente porque los primeros desarrollan una mayor tolerancia a los síntomas.

La magnitud de la exposición a insecticidas y fungicidas, la edad (asociada probablemente con la experiencia y el conocimiento en los efectos de los

plaguicidas), nivel de educación, el hábito de mezclar plaguicidas en un contenedor antes de su aplicación en el campo, el estado nutricional y de salud se asocian significativamente con la frecuencia de presentación de síntomas de intoxicación por plaguicidas, las mujeres tienen un riesgo más alto de intoxicación por agroquímicos, principalmente a una menor preparación o disposición para leer y entender el contenido de las etiquetas de los productos, se recomienda proporcionar sensibilización educativa con enfoque de género y actividades de protección, relacionado con las prácticas de uso de plaguicidas, recomendaciones y medidas de precaución.

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones de intoxicación por órganos fosforados pueden presentar tres cuadros clínicos:

- ✓ La intoxicación aguda.
- ✓ El síndrome intermedio.
- ✓ La neurotoxicidad tardía.

Inicio de las Manifestaciones Clínicas

Pueden aparecer en menos de 5 minutos de intoxicaciones masivas, pero normalmente se presentan en las primeras 12 horas. Los signos y síntomas generalmente aparecen cuando la colinesterasa está inhibida en un 50 % y conforme la inhibición es mayor los signos y síntomas se profundizan.

PERCOW (2006) La exposición por inhalación resulta en la aparición más rápida de signos tóxicos, siendo levemente más tardío cuando el toxico ingresa por vía digestiva.

Intoxicaciones Agudas

Según NORMAS TERAPÉUTICAS (2007)

Muscarínico por acumulación de acetilcolina en receptores muscarínicos localizados en músculo liso, corazón y glándulas exocrinas.

Ojos: dificultad de acomodación, hiperemia conjuntival, miosis y visión borrosa.

Membranas Mucosas: hiperemia y rinorrea.

Pulmón-Bronquios: broncorrea, cianosis, disnea, dolor torácico, broncoconstricción y tos.

Sistema Digestivo: Anorexia, cólico, incontinencia fecal, diarrea, náuseas, sialorrea, tenesmo y vómito.

Cardiovascular: Bloqueo cardíaco, bradicardia, arritmia e hipotensión.

Vejiga: micción involuntaria y disuria.

Piel y Glándulas Exocrinas: diaforesis, hipersecreción y sudoración.

Síndrome Nicotínico

Sinapsis ganglionares: cefalea, hipertensión pasajera, mareo, palidez, Taquicardia.

Placa Motora: calambres, debilidad generalizada, (músculos respiratorios) fasciculaciones, mialgias y parálisis flácida.

Sistema Nervioso Central: Ansiedad, ataxia, cefalea, coma, confusión, convulsiones, depresión de centros espiratorios y circulatorios, perturbación mental, irritabilidad y somnolencia.

LEÓN, S (2006) La clínica dependerá del tipo, de la vía de entrada, de la dosis y de la susceptibilidad individual; los casos más graves suelen deberse a la ingesta del pesticida. Tras la exposición aguda, el cuadro clínico es consecuencia de la acumulación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas, presentándose combinaciones de los signos y síntomas. Los trastornos del ritmo cardíaco, el coma convulsivo y la insuficiencia respiratoria son posibles causas de muerte de estos pacientes.

Dada su alta lipofilia, algunos organofosforados, como el fentión, pueden permanecer días o semanas en el organismo y ocasionar una persistencia de la sintomatología o una recidiva del cuadro clínico tras un período de recuperación.

Síndrome clásico o síndrome colinérgico

Es el síndrome clínico que resulta de la excesiva estimulación de los receptores de la acetilcolina. Se caracteriza por cambios en el estado de conciencia, debilidad muscular y excesiva actividad secretora. El síndrome colinérgico se manifiesta con efectos:

- Muscarínicos
- Nicotínicos

- Sistema Nervioso Central

1. Muscarínicos

Estos efectos fisiológicos incluyen:

- a. Contracción del músculo liso del intestino.
- b. Constricción de la pupila con disminución de su reactividad.
- c. Estimulación de la secreción glandular.
- d. Retardo de la conducción del nódulo sinusal y atrioventricular; arritmias cardíacas.
- e. Salivación, lagrimeo, diarrea.
- f. Broncoconstricción, aumento de las secreciones pulmonares.
- g. Bradicardia, Náuseas, vómito, calambres intestinales.
- h. Sudoración excesiva, miosis.

2. Nicotínicos: Resultan de la acumulación de la acetilcolina en la placa motora y en los ganglios autonómicos. Lleva a una despolarización persistente de los músculos esqueléticos. Así tenemos:

- a. Fatiga, fasciculaciones musculares.
- b. Parálisis fundamentalmente de los músculos respiratorios.
- c. Disminución del esfuerzo respiratorio.
- d. Taquicardia, hipertensión.
- e. Palidez, hiperglicemia.

3. Sistema Nervioso Central:

- a. Ansiedad, inquietud, confusión, cefalea, labilidad emocional, habla entrecortada, ataxia.
- b. Convulsiones generalizadas, hipotensión.
- c. Parálisis respiratoria central.
- d. Depresión del centro cardiovascular.
- e. Coma.

Las intoxicaciones agudas se clasifican según la severidad en:

Leves: se presenta debilidad, intranquilidad, mareo, cefalea, visión borrosa, epifora miosis, sialorrea, náuseas, vomito, pérdida del apetito, dolor abdominal, espasmo bronquial moderado.

Moderada: debilidad generalizada de aparición brusca, sudoración, cefalea, miosis, nistagmos, visión borrosa, contracturas de músculos faciales, temblor de manos y otras partes del cuerpo, fasciculaciones, trastorno en la marche, excitación y sensaciones de dificultad respiratoria, Broncorrea, bronco constricción, cianosis de las mucosas, bradicardia, sialorrea, dolor abdominal, diarrea.

Severa: temblor súbito, convulsiones tónico clónicas generalizadas, trastornos psíquicos, intensa cianosis de las mucosas, hipersecreción bronquial, incontinencia de esfínteres, midriasis, edema pulmonar toxico, y muerte por falla cardiaca

NOGUE S. (2008) El término “Síndrome intermediario” se aplica al cuadro caracterizado por recaída clínica, con gran debilidad muscular que aparece 24 a 96 horas después de la exposición. Puede estar relacionado a una terapia insuficiente con oximas.

Este síndrome aparece generalmente, luego de 4 a 5 días de iniciado el episodio agudo tóxico; se caracteriza por parálisis respiratoria aguda, debilidad de músculos flexores de la nuca, lengua y faringe, músculos proximales de las extremidades y músculos del tórax, con compromiso de la función respiratoria, ausencia o disminución de los reflejos osteotendinosos, debilidad en el territorio de nervios craneales motores principalmente el sexto (oftalmoparecia externa), asociado a síntomas nicotínicos, el tratamiento con atropina y oximas no influencia el curso clínico del síndrome intermedio.

Síndrome de neuro toxicidad crónico:

Según MURAT. (2007) Se manifiesta después de 15 días o más de una intoxicación aguda y se traduce por ataxia y parálisis flácida de las extremidades.

Algunos pacientes presentan una neurotoxicidad tardía, que se presenta entre la primera y tercera semana de evolución de la exposición aguda, producida a través de la inhibición de la actividad de una proteína de la célula nerviosa a la que se ha dado el nombre de esterasa neurotóxica o esterasa diana de neurotoxicidad, lo cual lleva a degeneración axonal en grandes neuronas distales.

El cuadro clínico se caracteriza por parestesias en pies y manos, dolor en las pantorrillas, debilidad progresiva y ascendente, arreflexia generalizada, que suele iniciar con compromiso del reflejo aquiliano.

MONOGRAFÍAS QUÍMICAS (2014) Actualmente se ha asociado la exposición crónica con síntomas extrapiramidales y psiquiátricos como psicosis, ansiedad, depresión, alucinaciones, agresividad, e incluso se ha asociado como una de las causas de la enfermedad de Parkinson y Alzheimer.

En niños se ha demostrado además que la intoxicación puede producir trastornos del desarrollo psicomotor, con alteración de pruebas neuroconductuales como se observa con algunas intoxicaciones por algunos metales como plomo y mercurio.

Grados de intoxicación:

Grado 0: no intoxicación.

Grado I: intoxicación leve, síntomas irritativos o síndrome muscarínico incompleto o ambos con colinesterasas normales. No usar antídoto.

Grado II: intoxicación moderada, presencia de síntomas del síndrome muscarínico o ambos y descenso del nivel de colinesterasas. Usar antídoto.

Grado III: intoxicación severa, lo anterior más, compromiso cardiovascular, respiratorio o del SNC, o ambos, ameritando soporte de funciones vitales. Usar antídoto.

Grado IV: muerte.

GOODMAN GILMAN (2008) Se observa de 24 a 92 horas después de la intoxicación aguda aparentemente bien tratada. Al parecer se debe a la persistencia de la inhibición de la acetilcolinesterasa o que esta solo se reactivó parcialmente.

Clínicamente se manifiesta por insuficiencia respiratoria de aparición brusca; como consecuencia de debilidad y parálisis de los músculos respiratorios. Además se afecta algunos pares craneales y los músculos flexores proximales de la nuca y las extremidades.

La recuperación se de 5 a 20 días el manejo es adecuado, generalmente no deja secuelas. Los compuestos más comunes envueltos en este síndrome, son el metil parathion, fention y el dimetoato, aunque también se observó un caso con el etil parathion.

Síndrome Tardío

GOLD FRANKS (2007) Se inicia de una a tres semanas después de la exposición con o sin cuadro previo de intoxicación aguda. Se presenta calambres sensación de quemadura y dolor sordo o punzante simétrico en pantorrillas y menos frecuentes en tobillos y pies parestesias en pies y piernas.

MONTOYA CMA. (2008) Debilidad de músculos peroneos, con caída del pie, seguida de disminución de sensibilidad al tacto, al dolor y a las temperaturas en extremidades inferiores y en menor grado, en extremidades superiores acompañados de atrofia muscular, se ha observado pérdida de reflejos aquileanos acompañado de contractura de tobillo. Finalmente se presente parálisis que afectan miembros inferiores pero también afectan miembros superiores.

Diagnóstico:

El diagnóstico, está basado en un correcto manejo de la Historia clínica:

- ✓ Basado en la exposición
- ✓ Tipo de toxico
- ✓ Cantidad
- ✓ Vía de absorción
- ✓ Tiempo de ocurrencia
- ✓ Medidas de descontaminación
- ✓ Tratamiento previo, a su ingreso a la unidad de salud

Exámenes de laboratorio:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008) No existen datos analíticos generales (hematológicos o bioquímicos). Aunque algunos insecticidas en muestras biológicas, el procedimiento requiere una complejidad técnica que no se encuentra al alcance de la mayoría de los laboratorios; por ello, el análisis toxicológico se realiza indirectamente, a través de la determinación de la actividad de las colinesterasas intraeritrocitarias y plasmáticas, considerándose que las primeras reflejan mejor la intoxicación.

Los niveles normales de colinesterasaeritrocitaria son de 29-36 U/g de hemoglobina, mientras que los de la colinesterasa sérica oscilan entre 7 y 19 U/mL; sin embargo, existe una amplia variación individual en estas cifras, que son influidas tanto por factores genéticos como por diversas enfermedades: por ello, en las intoxicaciones agudas es importante para el diagnóstico y la evolución seguir la curva de colinesterasa.

La colinesterasa sérica es más sensible pero menos específica para el diagnóstico, regenerándose espontáneamente en días o semanas, mientras que la eritrocitaria puede tardar 3 o 4 meses en normalizarse.

De modo orientativo se considera que en la intoxicación aguda, las manifestaciones clínicas aparecen cuando ya más del 50% de la actividad colinesterásicaeritrocitaria está inhibida; en los casos leves, la colinesterasa sérica desciende un 50-80%, en los casos moderados un 80-90%, y en los casos graves más del 90%.

Determinación de actividad colinesterásica

Se puede determinar como biomarcador de exposición o de efecto, en la intoxicación por organofosforados, la inhibición de la actividad de acetilcolinesterasa en eritrocitos, la actividad de la pseudocolinesterasa (butiricolinesterasa) o de colinesterasas totales. Existen cuatro tipos de métodos para detección de la actividad de la colinesterasa: electrométrico, colorimétrico, cinético y tintométrico.

LEÓN, S. (2006) Lo ideal es medir la actividad de la colinesterasa eritrocitaria, por el método electrométrico de Michel. Este método mide el ácido producido por la acción de la acetilcolinesterasa sobre la acetilcolina en términos de cambios de pH en una solución tampón estándar en una hora. Se realiza en sangre heparinizada. Los valores normales de colinesterasa en sangre total, por este método se han determinado entre 91-64 opH/hora

MILLER, M (2004) Como biomarcador de exposición, la inhibición de la actividad de ACE en intoxicación aguda por OF, se han determinado los valores presentados en la Tabla 1; para establecer el nivel de intoxicación en leve, moderado o severo y los síntomas asociados a dichos valores

Un descenso en la actividad de la colinesterasa por debajo del 25%, en caso de exposición crónica, indica signos de intoxicación y debe retirarse la persona de la exposición en caso de contacto laboral (24).

Algunos autores afirman que todos los síntomas de intoxicación por organofosforados aparecen cuando la actividad de la ACH ha disminuido en más de un 50%. Se debe tener en cuenta al evaluar un paciente o un trabajador que hay diversas patologías que pueden disminuir los niveles de acetilcolinesterasas como la desnutrición, enfermedades hepáticas, neoplasias, infecciones y en estados fisiológicos como el período menstrual, el embarazo y aún en período postprandial.

Se deberán tomar muestras sanguíneas seriadas para medir la actividad colinesterasa plasmática y los niveles de ACE (enzima acetilcolinesterasa) en los glóbulos rojos, esto con el fin de determinar la efectividad del tratamiento.

WATKINS, J (2005) La depresión de la enzima plasmática persiste generalmente durante varios días a pocas semanas. Se ha tratado de determinar una relación entre los niveles séricos de colinesterasa y severidad de la intoxicación por organofosforados. Las conclusiones es que no tienen ningún valor pronóstico. La falla respiratoria y el síndrome intermedio, se desarrollan casi exclusivamente en pacientes clasificados con intoxicación moderada o severa. La necesidad de asistencia ventilatoria es un indicador de severidad de la intoxicación, pero no se

pudo relacionar su indicación con niveles séricos de colinesterasa, al igual que los requerimientos de atropina, tampoco están relacionados con te niveles séricos deColinesterasa

- ✓ Determinación de acetilcolinesterasa
- ✓ BHC (leucopenia o leucocitosis, neutrofilia, linfocitopenia y anemia)
- ✓ Pruebas hepáticas
- ✓ Pruebas renales
- ✓ Glicemia
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ Plaquetas.

Pruebas opcionales según criterio clínico

- ✓ Ionograma
- ✓ Gasometría
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Electroencefalograma
- ✓ Medición de metabolitos

Complicaciones y Mortalidad

HARRINSON. (2008) Las complicaciones por Intoxicación con Órganos fosforados (IOF) se presentan en el 32-80% de los intoxicados, el fallo respiratorio es la complicación más frecuente, afectando al 40% de los intoxicados graves. En su patogenia intervienen diversos factores, como el acumulo de las secreciones broncopulmonares, las neumonías y la parálisis de los músculos respiratorios. La mortalidad es muy elevada, afectando hasta al 57% de ellos.

MONTOYA CMA. (2008) Las complicaciones neurológicas siguen en importancia a las respiratorias. Son más frecuentes con los IOF liposolubles, que penetran bien en el Sistema Nervioso Central (SNC)".Las más comunes son las convulsiones, el coma y los delirios por atropina, ocasionalmente se han comunicado casos de síndrome de Guillain-Barré tras una IOF.

LAWRENCE, T. (2007) Las complicaciones del ritmo cardíaco más frecuentes son las bradiarritmias, la fibrilación auricular, las arritmias ventriculares y los

bloqueos auriculo ventriculares, en ocasiones son graves y llevan al colapso circulatorio. Además pueden aparecer hasta 3 semanas después de una IA severa, por lo que es aconsejable una monitorización prolongada de estos pacientes para la liberación del tóxico acumulado en tejido graso o en el tubo digestivo puede dar lugar a fenómenos de re intoxicación endógena.

Con menor frecuencia se han descrito casos de insuficiencia hepática, pancreatitis aguda, insuficiencia renal, coagulopatías, discrasias sanguíneas y reacciones de hipersensibilidad a los IOF.

MARTÍNEZ P. (2009) La mortalidad por IOF oscila entre el 3% y el 20% (si consideramos sólo los casos graves ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se han asociado con una mayor mortalidad: la entrada del tóxico por vía digestiva, la etiología voluntaria y la aparición de complicaciones respiratorias, del SNC o cardiocirculatorias.

La muerte ocurre en las primeras 24 horas en casos no tratados y en la primera semana en los pacientes hospitalizados, debido fundamentalmente a insuficiencia respiratoria, el conocimiento exhaustivo por parte de los sanitarios que tratan a los pacientes por IOF de los mecanismos de la intoxicación y la aplicación correcta de las medidas terapéuticas se ha asociado a un descenso de las complicaciones y la mortalidad de la misma.

Tratamiento

Consiste en aplicar medidas para reducir o evitar la absorción del tóxico (descontaminación dérmica y oftálmica, lavado gástrico y/o carbón activado), el uso de antidotos específicos (atropina, oximas) y el mantenimiento de las constantes vitales.

Medidas de soporte como la administración de oxígeno, la ventilación asistida y el tratamiento de las convulsiones (administración de benzodiazepinas).

Lavado gástrico y/o carbón activado para reducir la absorción del tóxico. Para obtener el máximo beneficio se debería aplicar en los primeros 30 minutos postingesta. Hay que tener en cuenta que el carbón activado puede inducir el

vómito el cual puede ser peligroso en caso que los pesticidas contengan hidrocarburos.

No es conveniente inducir el vómito por la presencia de hidrocarburos en su formulación: el vómito podría producir neumonía por aspiración, parada respiratoria abrupta y convulsiones. En caso de intoxicación por vía dérmica, se debe retirar la ropa contaminada, lavarla o quemarla, lavar el cuerpo con agua caliente y jabón, el cabello se debe lavar con shampoo y si hay contacto ocular, irrigar con abundante agua tibia o suero fisiológico.

Hay que asegurarse que las vías aéreas estén despejadas y aspirar las secreciones.

WATKINS, J (2005) Adminístrele oxígeno, antes de administrar la atropina, para minimizar así el riesgo de fibrilación ventricular. En casos de envenenamiento severo, podría ser necesario apoyar la ventilación pulmonar mecánicamente durante varios días

KAPLAN, H. (2005) Obtener al menos una vía venosa y en caso de convulsiones tratar con diazepam intravenoso (0.1-0.2 mg/kg en niños o 2-10 mg en adultos), lo cual mejora la sobrevida del paciente y disminuye los efectos adversos producidos por las convulsiones. En caso de presentar convulsiones trasladar inmediatamente a UCI para continuar manejo del paciente

ARLAES. L. (2006) La atropina, amina terciaria, agente parasimpaticolítico, la cual es específica para los efectos muscarínicos, por competición a nivel de receptores, con la acetilcolina; debe ser administrada inmediatamente si se sospecha el diagnóstico y se encuentre el cuadro clínico colinérgico establecido. No tiene efecto sobre los receptores nicotínicos

La dosis inicial es de 1 a 5 mg (0.01-0.02 mg/kg en niños) por vía endovenosa, diluido en solución salina; repetir cada 5 o 10 minutos hasta lograr los signos de atropinización (rojo como un tomate, seco como un hueso, loco como una cabra); vigilando pulso; presión arterial, excitación de origen central (visión borrosa, delirio, alucinaciones), retención urinaria. En los casos severos pueden requerirse

dosis grandes de atropina a través de bomba. La administración excesiva de atropina se manifestará por agitación y taquicardia, por lo que el paciente debe permanecer bajo vigilancia clínica estricta y las dosis de atropina se administrarán a demanda.

Mientras que la vía venosa no esté disponible, la atropina será administrada por vía intramuscular, subcutánea, endotraqueal o intraósea (niños). Su eliminación se realiza entre 2-4 horas principalmente por vía renal

Tanto la pralidoxima (Protopam, 2-PAM), como la obidoxima son efectivas; sin embargo en nuestro país no las disponemos, por tanto se usa la atropina para ayudar a disminuir los signos de intoxicación por organofosforados

La dosis de pralidoxima es de 1-2 gr (20-40 mg/Kg) por vía intravenosa, lento (en 15-30 minutos), seguida de infusión continua de 8 mg/Kg/hora hasta la recuperación clínica y por el término de 24 horas por lo menos. Otra alternativa es la administración de pralidoxima por vía intravenosa o intramuscular a dosis de 1-2 gr (20-40 mg/Kg) cada cuatro horas. La dosis de obidoxima es de 4 mg/Kg por vía intravenosa seguida de infusión continua de 0.5 mg/Kg/hora hasta observación de recuperación clínica y por lo menos durante 24 horas. La presión sanguínea deberá medirse durante la administración debido a la posibilidad de que ocurra una crisis hipertensiva, vigilar efectos adversos como náuseas, cefalea, mareo, diplopía, hipertensión arterial, hiperventilación, taquicardia, laringoespasma o rigidez muscular. La terapia temprana con oximas, durante las 24 horas de la infección aguda por organofosforados (OF), ha demostrado una disminución en la incidencia de síndrome intermedio y una recuperación más rápida de los efectos en el sistema nervioso central producido en la infección aguda por organofosforados

WATKINS, J. (2005) El tratamiento combinado con atropina y 2-PAM ha mostrado mejor respuesta tanto en su uso profiláctico como terapéutico.

Todos los pacientes deberán permanecer bajo observación estricta después de cesar la terapia con oximas. En caso de recaída de las manifestaciones clínicas indicaría la necesidad de proseguir la terapia con oximas.

CASTILLO. P. ARANGO. V (2009) Señala el uso de difenhidramina a dosis de 50 mg IV en adultos (1mg/Kg en niños) una sola dosis, o 50 mg (1mg/Kg) VO c/8 hr por SNG se ha recomendado como coadyuvante en el tratamiento de la intoxicación aguda por organofosforados. Su mecanismo de acción no es claro, al parecer por la similitud en su estructura química con la acetilcolina, exista un mecanismo competitivo entre ambas sustancias, por los receptores colinérgicos nicotínicos principalmente. Las ventajas observarlas en su uso son: reduce las cantidades de atropina a utilizar en la intoxicación por organofosforados, disminuye los síntomas miastemiformes y disminuye el riesgo de desarrollar síndrome intermedio

El glicopirolato se ha estudiado como una alternativa terapéutica para la atropina; se ha encontrado un resultado similar en la utilización de infusión continua. Al parecer presenta como ventaja aparente con respecto al uso de atropina una menor incidencia de infecciones respiratorias. Esto podría representar una alternativa cuando existe la preocupación de infecciones respiratorias debido a secreciones excesivas y dificultades de controlar y ante la presencia de un nivel alterado de conciencia, donde la distinción entre la toxicidad por atropina o una recaída al envenenamiento por organofosforados es incierta.

En el tratamiento del paciente con intoxicación por organofosforados (IOF) están contraindicados los medicamentos que se mencionan a continuación, probablemente en casi todos los casos de envenenamientos por organofosforados: morfina, succinilcolina, teofilina, fenotiazinas y reserpina.

Las drogas adrenérgicas deben administrarse solo si existe indicación específica, por ejemplo, una hipotensión marcada

TAYLOR, P (2006) El sulfato de magnesio a dosis de 4 g/día IV, se ha venido para manejo de la hipertensión y algunos tipos de arritmias que se pueden presentar durante la intoxicación aguda por organofosforado como la torsión de puntas o las contracciones ventriculares prematuras, también se ha observado disminución en el número de días de hospitalización y en la mortalidad cuando se instaura el sulfato de magnesio en forma temprana en el tratamiento en forma temprana en el tratamiento.

Según HARRINSON. (2008) está establecido

Medidas de Soporte de las Funciones Vitales:

Vigile las vías respiratorias. Garantice la permeabilidad de las vías respiratorias, retire cuerpos extraños, restos de vómitos y aspire secreciones. Si el paciente esta inconsciente colóquelo de posición de decúbito lateral izquierdo

Vigilar las respiración, si esta se encuentra deprimida debe administrarse oxígeno húmedo a un flujo de 4 – 6 L / min por mascarilla o catéter.

MARTIN (2007) En fallas respiratorias severas debe utilizarse ventilación mecánica pulmonar durante el tiempo necesario. La mejoría clínica y la concentración de los gases arteriales son parámetros útiles para determinar cuándo retirar el ventilador.

Vigile la función cardiopulmonar: en los casos en que se presente depresión cardiorrespiratoria deben realizarse las maniobras de respiración cardiopulmonar, así como monitoreo de funciones vitales tales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

Canalice vena para la administración de líquidos de mantenimiento (solución salina isotónica o suero glucosado con sodio y potasio de mantenimiento), evite el desequilibrio hidroelectrolítico.

Descontaminación de la sustancia toxica. El objetivo del rescate de una sustancia toxica está dirigido a dos aspectos fundamentales.

Disminuir o evitar la absorción, depende de la vía de penetración, tiempo transcurrido desde el momento de la exposición, tipo de formulación

.LINDSAY (2008) Aumentar la eliminación de las sustancias toxicas absorbidas”

Retirar al individuo del sitio de exposición y trasladarlo a un lugar ventilado. Administrar oxígeno.

Vía cutánea: Quitar la ropa, lavar el cabello y la piel contaminada con abundante agua y jabón, haciendo énfasis en los espacios interdigitales y debajo de las uñas. Utilizar guantes impermeables y evitar friccionar con violencia.

En caso de contacto ocular, irrigar con abundante agua o solución salina isotónica a baja presión durante 15 minutos o más. Debe evitarse la manipulación de ropa y otros objetos contaminados sin tomar las debidas precauciones.

Vía digestiva. Inducción del vómito, se puede realizar en el mismo lugar de la ingesta con maniobra mecánica introduciendo dos dedos al final de la garganta, se puede administrar jarabe de ipecacuana en el lugar del accidente o en unidades de salud no se pueda realizar lavado gástrico. La dosis a utilizar son las siguientes:

Adultos: 30 ml diluidos en 200 – 300 ml de fluido.

No realizar inducción de vomito a pacientes inconscientes.

JARAMILLO (2007) El Lavado gástrico.- la máxima utilidad del lavado gástrico es en las primeras 4 horas posteriores a la ingesta, en el caso de alteración del estado de conciencia debe protegerse adecuadamente la vía aérea mediante la entubación endotraqueal antes de realizar la maniobra del lavado gástrico.

Colocar sonda naso gástrica y aspirar el contenido gástrico, posteriormente realizar el lavado con solución salina isotónica con solución de bicarbonato de sodio al 5% o agua corriente limpia con una cantidad de líquidos no menor de 5 en el adulto y hasta que el líquido salga claro y sin olor a tóxico.

HARRINSON. (2008) En los niños la cantidad de líquido a utilizar va a depender de la edad. Se recomienda administrar en cada irrigación la cantidad de 200 – 300 ml en el adulto y 15 ml/ kg/ en el niño.

Cuando el tóxico ingerido contiene como vehículo un hidrocarburo derivados del petróleo como el Kerosén se deben extremar las medidas de protección de la vía respiratoria antes de realizar las maniobras de recate digestivo, por el riesgo de producir neumonitis química por aspiración,

Carbón activado.- posterior al lavado gástrico debe administrarse carbón activado a la siguiente dosis:

Adultos 1 g/kg de peso corporal diluido en 300ml de agua. Niños 0.5 g/kg de peso corporal diluido en 100 ml de agua.

El carbón activado puede repetirse cada 4 horas de ser necesario a 0.5 g/kg de peso corporal en adultos y en los niños a 0.25 g/kg de peso corporal por un periodo de 24 horas.

Catárticos.- Cuando se administra carbón activado este debe ir asociado al uso de catárticos (si el paciente no presenta diarrea) las dosis de los más conocidos son: sulfato de magnesio de sodio, sorbitol, manitol.

Aumentar la Excreción del Tóxico

Para favorecer la eliminación del tóxico absorbido debe mantenerse una diuresis adecuada de por lo menos 50 – 60 ml/ hora en adultos y de 1 – 3 cc/ kg por hora en los niños.

Antídotos

Atropina es el antídoto específico para los efectos muscarínicos y debe ser administrada tan pronto como el diagnóstico que se ha establecido.

Dosis: Adultos 1 – 5 mg IV cada 5 a 10 minutos y Niños 0.01 – 0.05 mg / kg. La administración de atropina debe ser detenida cuando se alcancen los signos de atropinización tales como sequedad de las secreciones bronquiales y disminución de la sudoración, enrojecimiento facial, taquicardia y finalmente midriasis (la miosis es el último signo en resolver) cuando tengamos una dosis mínima esta debe permanecer al menos 24 horas para luego suspender la administración de atropina.

Si los datos de intoxicación se presentasen debe reinstaurarse la aplicación de atropina a la dosis mínima anterior que mantenía el paciente sin síntomas. Si el acceso venoso no está disponible puede administrarse atropina por vía intramuscular, subcutánea, endotraqueal u intraósea en el caso de los niños.

Nunca debe atropinizarse a un paciente cianótico, antes de administrar atropina debe suministrarse adecuada oxigenación tisular con el fin de minimizar el riesgo

de fibrilación ventricular. La atropina no debe suspenderse bruscamente para evitar el fenómeno de rebote (re intoxicación).

El delirio, la agitación psicomotriz y las arritmias cardíacas son los principales signos de toxicidad atropínica; al aparecer esos debe suspenderse la administración del fármaco.

1.2. Teoría De Enfermería Relacionado al Tema Modelo De Callista Roy

Bases Teóricas de Callista Roy por las siguientes características de ser:

- a. Modelo de interrelación enfermero paciente.
- b. Teoría de la adaptación a cualquier situación de enfermedad y salud
- c. Teoría general que explora por sistemas

Sus Presunciones y Valores

Para la teorista el hombre es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

- Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.
- Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles, es precisamente toda estas esferas están alteradas y requieren la participación de la enfermera para poder resolver sus problemas.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina trayectoria de salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

1. Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso de intoxicación.
2. Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso. Servicio de Emergencia
3. Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Tratamiento médico y cuidados enfermeros.

Funciones De Enfermería

Para Callista Roy son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería. El objetivo es que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación. Utilizando el Proceso de atención de enfermería.

1.3. Cuidados de Enfermería en Pacientes Intoxicados con Órganos Fosforados.

El ingreso del paciente intoxicado con organofosforados a la emergencia de los diferentes hospitales es considerado como una situación de riesgo en donde hay que tomar decisiones cruciales, que a su vez dependen del conocimiento, habilidad y destreza del personal de enfermería que labora en esta unidad, basándose, sin duda alguna en la intervención en que se encuentra pautados los tres principios éticos, como son: conservar la vida, evitar el deterioro y reincorporar al individuo sano y útil a la sociedad.

El personal de enfermería que laboran en los Hospitales, debe poseer conocimientos técnicos- científicos y humanísticos, para afrontar y actuar con eficiencia en el manejo de este tipo de pacientes con intoxicaciones agudas, la

enfermera(o) planifica estrategias de acción de acuerdo a las necesidades inherentes a este tipo de pacientes.

Estas estrategias, están enmarcadas en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), debido a que éste constituye un método sistemático y organizado para administrar cuidados al paciente de forma individual, dirigido a restablecer su estado de salud, con eficiencia y eficacia en los protocolos de atención estandarizados.

En otras palabras el PAE, permite a la enfermera(o) establecer prioridades y un plan de acción que garantice la calidad y continuidad de los cuidados brindados, para poder evaluar los resultados terapéuticos.

Con respecto a lo antes expuesto, manifiesta: "El proceso de enfermería proporciona la base para una valoración y evaluación continua de cuidados de enfermería, es un proceso dinámico y cambiante, en la medida en que se modifican las necesidades o se van resolviendo los problemas existentes, en este sentido, el personal de enfermería que atiende al paciente intoxicado con organofosforados, actúa de manera segura y oportuna ya que lo más importante es tratar al paciente y no al tóxico.

Las intoxicaciones por organofosforados, se han convertido en situaciones de urgencias diarias más genuinas, de ser recibidas en unidades clínicas de emergencia, en donde pueden ser atendidas la variedad de lesiones y alteraciones que se producen en el amplio arsenal del tóxico, lo que conlleva a determinar a que las unidades de emergencia estén preparadas para que las intervenciones de enfermería tengan un rigor científico en la atención y personal capacitado y unidades con equipamiento moderno, en este sentido Potter y Rose, afirman: "como un hecho cada vez más frecuente, el personal de los departamentos de urgencias, está integrado por médicos, enfermeros con preparación específica como una especialidad .

Esta aseveración, en cuanto a la participación de las enfermeras (os) como especialistas en las áreas de los sub-procesos de emergencias de los hospitales,

demuestran que deben de poseer un alto grado de información y educación que permita prestar una atención optima en los casos de intoxicaciones agudas organofosforados.

Carmona. (2007) Es por ello que, la intervención adecuada en situaciones de intoxicación con organofosforados, depende en forma típica, del conocimiento que el personal de enfermería posea, de los métodos básicos para conservar la vida, y de la pericia para aplicarlos; resulta pues, conveniente acotar que los pacientes intoxicados de manera intencional, presentan un desequilibrio biopsicosocial provocando una serie de alteraciones psicológicas entre las que se destacan: ansiedad, estrés y depresión, es por ello que el personal de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Emergencia Adulto debe proporcionar apoyo emocional a estos pacientes cuando las condiciones clínicas lo permitan.

En este sentido estos métodos están encaminados a determinar medidas para brindar la atención acertada.

Medidas Generales en el Paciente Intoxicado con Organofosforados. Las medidas generales están encaminadas a la realización de acciones efectivas del personal de enfermería en la atención del paciente intoxicado con organofosforados, y cuya vía de penetración al organismo es la ingesta, pero para este fin es necesario conocer la forma en que actúa el tóxico y la manera como antagonizar sus efectos.

La valoración inicial y rápida de la enfermera(o) debe identificar los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Perturbación de la visión (miosis y visión borrosa)
- ✓ Incremento en las secreciones como epífora, sialorrea, diaforesis
- ✓ Bradicardia
- ✓ Disnea o bradipnea
- ✓ Nauseas, vómito, diarrea
- ✓ Aumento de los ruidos hidroaéreos
- ✓ Palidez, cianosis
- ✓ Fasciculaciones de músculos
- ✓ Debilidad muscular o parálisis
- ✓ Decremento del nivel de conciencia

✓ Actividad convulsiva

Sucede pues que, esta valoración permitirá poner en práctica las medidas generales, al respecto Potter y Rose refieren: "Las medidas están conformadas por 4 metas básicas:

- a) hacer medidas de sostén de vías respiratorias, ventilatorias y circulatorias.
- b) identificar el tóxico o droga
- c) eliminar la mayor cantidad del tóxico
- d) impedir su absorción.

JARAMILLO. (2007) Es conveniente precisar que cuando el toxico penetra por la piel es necesario retirar la ropa y bañar al paciente. Se plantea entonces, que lo anteriormente expuesto, se logra siguiendo las siguientes medidas:

Medidas Específicas en el Paciente Intoxicado con Organofosforados se refiere a una serie de procedimientos que deben ser indicados y supervisados por el médico, y que la acción va dirigida a tratar el tóxico directamente o en su defecto como ayuda para evitar posibles complicaciones, siendo una de las prioridades la administración del antídoto

JARAMILLO, M. (2007) Es importante acotar, que estas medidas deben ser realizadas por personal capacitado ya que cada procedimiento está fundamentado en principios científicos que permiten valoraciones efectivas y por ende recuperaciones satisfactorias.

Ahora bien, el paciente intoxicado con organofosforados, necesita ser revalorado continuamente, en este sentido señala: "Es importante que el paciente intoxicado con organofosforados permanezca bajo vigilancia estricta ya que pueden surgir alteraciones, que si no son monitorizadas podrían ocasionar hasta la muerte

De acuerdo a lo antes expuesto, se puede señalar que la enfermera(o) debe seguir registrando, en lapsos determinados las constantes vitales, no interrumpir la monitorización cardíaca ya que por efectos del tóxico estos intensifican la conducción del nudo aurícula ventricular (AV).

De igual manera y bajo prescripción médica la administración de medicamentos según los resultados de laboratorio, para equilibrar estados inadecuados tales como: desequilibrio ácido base, electrolitos, entre otros.

1.4. Estudios Relacionados

1.4.1. A Nivel Internacional

GAVILÁNEZ J. (2015) Ecuador, realizó una investigación titulada Tentativa autolítica con pesticidas inhibidores de la colinesterasa atendidos en la emergencia del Hospital Regional Docente Ambato durante el 2015. Resultados: Predominó el sexo femenino y los casos entre 14 y 30 años de edad de zonas rurales, estudiantes y desempleados. El 55,77% de la serie eran soltero(a) s. Los principales factores sociopáticos de riesgo encontrados en la muestra fueron el alcoholismo, el abandono familiar en la infancia y el comportamiento impulsivo violento. La gran mayoría de los casos (92,31%) cometían su primera tentativa autolítica. Más de dos tercios de los pacientes adquirieron el producto comprándolo. Los principales diagnósticos psicológicos diagnosticados a los pacientes fueron la depresión mayor y el alcoholismo, con 40,38% y 25% respectivamente.

SUÁREZ C, CORDERO R. (2014) Ecuador, presentaron un caso para educación médica titulada Intoxicación aguda grave en una joven con intento autolítico. Quito. En el presente trabajo se analiza el caso clínico de una paciente joven con un cuadro de intoxicación aguda grave por ingesta de organofosforado y antagonista de la vitamina K, que requiere manejo hospitalario complejo. En base al caso, se hará referencia a la literatura médica disponible, enfatizando en los aspectos fundamentales del diagnóstico, manejo inicial y tratamiento específico. Se resumirá la información en una presentación interactiva con el fin de capturar el interés del lector y facilitar su aprendizaje. Conclusión: Debemos reconocer que la intoxicación aguda es verdaderamente una emergencia médica y, como tal, requiere una respuesta adecuada e integrada del sistema de salud. Es bueno,

en este contexto, conocer que disponemos de un buen sistema de manejo pre-hospitalario, ya que éste permitió el traslado rápido y oportuno de la paciente con implementación de medidas adecuadas de soporte vital básico, constituyéndose en el primer eslabón que resultó fundamental para la recuperación de la paciente.

LÓPEZ P. (2013) Ecuador), realizó una investigación titulada Determinantes en intoxicación por órganos fosforados en adolescentes y la aplicación de los cuidados de enfermería en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Periodo Agosto 2012 a Enero del 2013. Ecuador. Resultados: Como resultado de la investigación se determinó entre las causas más comunes de intoxicación por órganos fosforados a los problemas familiares, sentimentales y socioeconómicos con un 50%, y a los factores socio demográfico como: edad temprana de 16 a 21 un 40%, el 45% de sexo femenino y de estado civil soltero un 52%. Cabe recalcar que provienen del sector rural en donde existe mayor facilidad para encontrar productos órganos fosforados. Se elaboró una guía de atención de enfermería a estos usuarios con la finalidad de mejorar la aplicación de los cuidados iniciales a los pacientes de intoxicación por órganos fosforados, concientizando al personal de salud para que brinde mayor atención primaria, disminuyendo las complicaciones y posibles secuelas.

DE LEÓN E. (2013) Guatemala, realizó una investigación titulada Caracterización de intoxicaciones por Plaguicidas en el Hospital de Cobán, periodo Enero a Diciembre 2012. Metodología a usar: estudio documental, descriptivo, retrospectivo, se diseñó ficha que permitió obtener las variable, luego se procede a la revisaron de historias clínicas y fichas epidemiológicas, que permitieron documentar 91 casos de intoxicación por plaguicidas, los criterios de inclusión se relacionaron a consultantes que acudieron en demanda de atención por primera vez al Hospital de Cobán y criterios de exclusión se establecieron : a) pacientes pediátricos b) pacientes que no sean de nacionalidad Guatemalteca; los resultados 62% de los casos de intoxicación por plaguicidas está representada por población masculina, el municipio más afectados fue Carcha , en cuanto al estado civil 55% en ambos

sexos; 97% de ingesta al organismo fue oral, 71% de casos de intención suicida.

1.4.2. A Nivel Nacional

JUÁREZ E. (2013) Moquegua, realizó una investigación titulada Características clínicas epidemiológicas factores psicosociales y tratamiento de las intoxicaciones por organofosforados en el servicio de emergencia del Hospital Regional Moquegua 2010 – 2013. Resultados: El 56% son pacientes de sexo femenino, en los cuales el 52.9% de 11 a 20 años, en un 89.6% procedentes de Moquegua, 51.2% viven en ámbito Urbano Marginal, 62.4% son solteros, 76% con educación secundaria completa, 64% sin ocupación, 56.8% llegaron a la atención en menos de una hora de la exposición a organofosforado, el 98.4% se intoxicaron en su domicilio, 92% presentaron náuseas, 99.2% recibieron atención de personal médico, en un 82.4% fue voluntaria, por vía digestiva en un 96%, al 91.2% se le administro sulfato de atropina, en un 52.4% tuvo como motivo problemas familiares, en un 95% estuvieron arrepentidos del intento, 67% de los pacientes presentaban tristeza y 54.4% humor deprimido.

AMONES M. (2013) Tacna, realizó una investigación titulada Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio 2011 – Junio 2013. Resultados: La población de estudio estuvo constituida por 52 pacientes que intentaron suicidarse. Para su ejecución se utilizó como instrumento un formulario tipo cuestionario con 26 ítems que evalúan las dos variables. Se manejó el paquete estadístico SPSS. La conclusión fue que los factores psicosociales están relacionados con el intento suicida, entre los factores psicológicos preponderante, es: el estrés, antecedentes de intento suicidio, identidad sexual, baja autoestima, antecedente de violencia y los factores sociológicos, fueron: La etapa de vida adolescente, sexo femenino, presentar una baja situación económica. Los agentes más utilizados fueron los venenos caseros con un 45% seguido por las autolesiones con un 22%.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1. Valoración según Dominios

2.1.1 Datos de Filiación:

- **Nombre del Paciente:** M.A.C.A.
- **Servicio** : emergencias
- **Unidad** : Tópico de Medicina
- **No de /cama** : 5
- **H. Clínica** : 147821
- **F. de Ing.** : 25/10/17

2.- Datos Generales:

- **Edad** : 16 años
- **Estado civil** : soltera
- **Sexo** : Femenino

- **Peso** : 49 kilos
- **Talla** : 1.54
- **Ocupación** : Escolar
- **Raza** : Mestiza
- **Lugar de nacimiento** : Huancayo
- **Lugar de procedencia** : Santa Clara
- **Domicilio** : Jr. José Quiñonez S/N
- **Religión** : Católica
- **Grado de instrucción** : 5^{to} año de secundaria.

Motivo de Ingreso:

El paciente ingresa a emergencia del Hospital II Es SALUD Vitarte el día 25/10/17, hora: 09.24, que en circunstancias que se encontraba en horario de clases en el colegio, encuentra a la adolescente en el baño del colegio desmayada vomitando, con signos clásicos de una intoxicación por órgano fosforado de aproximadamente una hora antes de su ingreso, sensación de la paciente que se va morir, ahogo, vómito, náusea diarrea, abundante sialorrea, cianosis distal moderado, La cual pasa de tópico de medicina a una Unidad de observación para el tratamiento integral de la adolescente.

Antecedentes Patológicas:

Depresión Mayor

Diagnostico Medico actual:

Gesto suicida

Intoxicación por órganos fosforado

Tratamiento Médico actual:

- NPO y SNG a gravedad
- Cloruro de sodio al 9/00 a 45 gotas por minuto
- Ceftriaxona 1gr mg EV C/24 horas
- Hidrocortisona 50 mg. EV C/8horas
- Atropina EV según respuesta pupilar
- Ranitidina 50 mg EV c/8 horas

- Oxígeno por cánula Bi nasal 5LPM.
- Lavado gástrico con agua y carbón activado según necesidad
- Metamizol 1 mg. PRN temperatura Mayor o igual a 38.5°C
- CFV + BHE

EXAMEN	VALOR	VALORES REFERENCIALES
Glucosa HGLT	104 mg/dl	70 – 110 mg/dl
Hemoglobina	10.3 mg/dl	(11.0-16.0)
Hematocrito	34 %	(37.0-54.0)
Leucocitos	8445 x cc	4000 -10000
Bilirrubina total	1.1 mg/dl	(0.000-1.000)
Bilirrubina directa	0.89 mg/dl	(0.000-0.300)
Bilirrubina indirecta	0,12 mg/dl	(0.000-0.500)
PH:	7.33	

Exámenes Auxiliares:

HCO3	20 meq/l	(21-26)
HIV prueba rápida	No solicitado	
PH:	7.33	7.35 -7.45
PO2	79 mmhg	(83.0 -108)
PCO2	48 mmhg	(35 – 48)

2.1.2. A la Observación

Posición: Sentado

Facie: Angustia

Conciencia: ESTUPOR ECG 13/15

Forma de andar: No puede relajación y astenia muscular

Mov.Corporales: inadecuado

Higiene: Mal estado vestigios de vómitos, relajación de esfínter vesical y rectal.

SIGNOS VITALES:

Pulso: 102 X'

Presión arterial: 92/55 mmhg

Frecuencia respiratoria: 32 x

T°: 36.2°C

Sao2: 90 %

Piel

- **Color** : pálida con cianosis distal
- **Hidratación** : Conservada
- **Temperatura** : Tendencia a hipotermia
- **Textura** : Tejido celular sub cutáneo adecuado
- **Turgencia** : conservada

2.1.3. Al Examen Físico:

1. **CRANEO:** Normo cefálica, se observa cabello de color negro azabache de buena implantación
 - **OJOS:** Simétricos. Pupilas mitóticas poco reactiva,
 - **NARIZ:** Con sonda nasogástrica, aleteo nasal, presencia de secreciones de moco, Con cánula nasal de oxígeno
 - **BOCA:** abundante sialorrea, humedad piezas dentarias, restos de vómito
 - **OIDOS:** Pabellones auriculares con presencia de cerumen.
2. **CUELLO:** paciente no puede deglutir, de forma largo cilíndrico no se evidencia nódulos, deformaciones, tumoraciones, edemas, en posición central, con movilidad alterada fuera motora disminuido en flexo extensión, rotación, lateralización.
3. **TORAX:** Normal, catéter venoso central, cilíndrico y simétrico. Con presencia de electrodos para monitoreo multiparametro, presencia de ruidos adventicios estertores y roncós,
4. **ABDOMEN:** blando y depresible, no se palpan viceromegalias, con ruidos aéreos conservados, asimetría en toda su extensión.

- 5. MIEMBROS SUPERIORES:** simétricos, con fuerza muscular disminuido, presenta un acceso venoso periférico permeable, tejido celular sub cutáneo adecuado para su edad, tiene tatuaje en brazo izquierdo sin ninguna relevancia por el momento.
- 6. ESPALDA:** Columna vertebral de apariencia normal con sus curvaturas primarias y secundarias conservado.
- 7. AREA PERINEAL:** Adecuado para su edad
- 8. ANO:** orificio anal conservado con relajación de esfínter
- 9. MIEMBROS INFERIORES:** Fuerza motora disminuida no puede mantenerse en bipedestación.

Situación Problemática

Paciente en edad escolar de 16 años, de iniciales M.A.C.A. de sexo femenino natural de Huancayo y procedente del distrito Santa Clara, estudiante de la Institución Educativa Corazón de Jesús Santa Clara Lima Ate, ingresa por el servicio de emergencia Es SALUD Hospital II Vitarte el día 25 de Octubre del 2017, a las 09.24 a.m., acompañado por su profesora y abuela por haber presentado, Vómitos, diarrea, salivación, cólico abdominal, dificultad para respirar, quejumbroso es evaluado por el médico Internista, al examen ECG 12/15, Pupilas puntiformes, tiene fasciculaciones, tiene dificultad para sostenerse, la abuela refiere que en la mañana tuvo discusión con los padres, la profesora acota que encontraron en el baño del colegio un sobre de raticida “campeón”.

A la entrevista: paciente con alteración del sensorio, que expresa que quiere morirse, tiene ahogos, que le falta aire, mucho dolor de abdomen, visión borrosa, tenesmo fecal, abuela refiere que siempre tiene el problema con el papá que le castiga, es la tercera vez que se toma veneno, tiene mala junta, no obedece en la casa, sus padres son separados, yo lo he criado desde muy pequeña, el psiquiatra lo medica pero lleva un tratamiento irregular, no toma sus medicamento en el horario establecido y tampoco no acude a sus controles, le gusta consumir comidas chatarras, su médico le había prohibido en fechas anteriores sin embargo no cumplió, yo ya soy mayor no puedo controlarle, la profesora acota que la

estudiante es poco retraída, poco comunicativa, cumple con las tareas tiene calificación regular, siempre viene con semblante de cansancio, El Director y el coordinador de Orientación y bienestar para el educando tiene conocimiento, sus padres fueron citados refiere que es un caso social.

A Examen físico: Adolescente con compromiso de sensorio moderado, tiene abundante sialorrea, Rinorrea, broncorrea, agitación psicomotriz, vestigios de haber vomitado, no puede incorporarse, tiene dificultad para respirar, FR 32 X', FC 102 X', en posición decúbito dorsal, moviliza abundante secreción bronquial, tiene sensación de ahogos, no puede deglutir, y falta de aire, cianosis discreta, roncos en ambos campos pulmonares, pupilas mióticas puntiformes, tiene trismos, fasciculaciones, parálisis flácida, debilidad generalizada, hipotonía muscular.

Paciente, diaforético, hiperventilando con soporte de oxígeno por cánula nasal al 0.40, Se coloca su Sonda nasogástrica para lavado gástrico, PCO₂ 48mmhg, PO₂ 79 mmhg, PH 7.33, HC0₃ 20, previa administración de atropina, se instala su catéter venoso central hidratación, permanece con monitoreo hemodinámico en parámetro múltiple, saturación de oxígeno 90%, que logra mejorar gradualmente, se administra atropina a razón de respuesta pupilar, ruidos estertores y roncales, paciente adolescente llorosa, abuela ansiosa por el estado clínico de paciente, reitera su preocupación del padre por su salud de su hija, paciente con sensación que se va morir y los la abuela en estado de vigilancia extrema de respuesta a procedimiento y tratamiento desconocido para el paciente y familia. Ambiente hospitalario desconocido, con reglas propias, sonidos que emiten los equipos biomédicos, ruido que genera el trabajo de la enfermera y el cumplimiento de la terapéutica en sus horarios. En los exámenes de radiografía puede apreciarse imágenes veladas compatibles a aspiración de secreciones traqueo bronquial, ha tenido dos hospitalizaciones previas y el segundo evento en el año. Vive en un asentamiento humano, no tiene servicio de desagüe no tiene soporte emocional, económico y psicológico de parte de los padres porque son separados y cada uno tiene su propia familia, padre tiene afición de consumir alcohol y estupefacientes

2.2. Diagnósticos de Enfermería

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones buco traque bronquial E/P Incremento de secreciones traque bronquiales, salivación excesiva, náuseas, broncorrea, vómitos de contenido gástrico, ausencia de reflejos y depresión del nivel de conciencia ECG 13/15.
2. Deterioro del intercambio de gases R/C Desequilibrio ventilo/perfusión E/P Sensación manifiesta de expresar que no puede respirar, le falta aire, saturación de 90%, Frecuencia Respiratoria de 32 X', aspiración de secreciones de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncoespasmo, PO₂ 79 mmhg, PCO₂ 48 mmhg, PH 7.33, HCO₃ 20 mmhg.
3. Deterioro de la ventilación espontánea R/C Factores metabólicos ingesta de la sustancia de órgano fosforado E/P Utilización de los músculos respiratorio, Saturación 90%, FR 32, refiere sensación de fatiga y falta de aire, radiografía torácica veladas, pupilas puntiformes.
4. Perfusión tisular inefectiva cerebral, cardiopulmonar R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P hipoxemia PO₂ 79 mmhg, hipotensión 92/55 mmhg, acidosis PH 7.33, PCO₂ 48 mmhg, HCO₃ 20 mmhg, bloqueo de Grado I en el EKG, confusión, sensación de frío.

5. Déficit de volumen de líquidos R/C Pérdida activa de volúmenes de líquidos E/P Vómitos copioso, cólicos abdominales, sialorrea abundante, relajación de esfínter urinario y fecal, diaforesis profusa, PVC 6 cc agua.
6. Disminución del gasto cardíaco R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P Taquicardia al inicio, disminución de la presión arterial, taquipnea, sus pérdidas activas, tendencia a hipotermia, PVC de 6 cc de agua.
7. Deterioro de la deglución R/C Relajación de los músculos de la deglución E/P Incapacidad para vaciar el contenido de la cavidad oral, sialorrea, traqueo broncorrea, expulsión de secreción de la cavidad oral hacia el exterior, vestigios de vómitos.
8. Deterioro de la movilidad física R/C Trastornos de la percepción y cognición E/P Debilidad muscular, parálisis flácida, fasciculaciones, trismos, hipotonía muscular, no poder lograr a incorporarse, agitación psíquica e irritabilidad.
9. Ansiedad R/C Amenaza de cambios en el estado de salud y entorno E/P expresión de preocupación por los cambios en su estado de salud, temor a que se va morir, quien le va ayudar, vergüenza de parte de su compañeros, ambiente hospitalario extraño, ruidos que genera los equipos y el personal, vigilancia extrema al movimiento.
10. Procesos familiares disfuncionales R/C Falta de habilidades para solucionar problemas E/P papa de la paciente con antecedentes de consumir alcohol y estupefacientes, familia disfuncional padres separados, vive con la abuela, problemas económicos, sociales y psicológicos.
11. Afrontamiento ineficaz R/C crisis situacionales E/P Familia disfuncional, conducta reiterativa de autolisis, hospitalizaciones previas, padre con antecedentes de consumo de alcohol y estupefacientes.

12. Baja autoestima situacional R/C Falta de afecto E/P Expresión de vergüenza, culpa, por momentos se torna indecisa, refiere que le afecta lo que hablen de ella.
13. Sufrimiento espiritual R/C alienación social E/P expresión de falta de amor, esperanza, cólera así mismo, sentirse abandonada y rechazada.
14. Riesgo de aspiración R/C Trastornos de la deglución, disminución del sensorio y presencia de sonda nasogástrica
15. Riesgo de lesión R/C compromiso del sensorio ECG 13/15.

2.3. Planeamiento de Objetivos y Prioridades

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente refiere me ahogo, no puedo respirar, tengo mucha flema.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Incremento de secreciones traque bronquiales, salivación excesiva, nauseas, broncorrea, vómitos de contenido gástrico, ausencia de reflejos, cianosis distal, saturación de oxígeno de 90% y depresión del nivel de conciencia ECG 13/15</p>	<p>DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p> <p>Código 00031</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p>	<p>Acumulo de secreciones buco traque bronquial</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones buco traque bronquial E/P Incremento de secreciones traque bronquiales, salivación excesiva, nauseas, broncorrea, vómitos de contenido gástrico, ausencia de reflejos, cianosis distal, saturación de oxígeno de 90% y depresión del nivel de conciencia ECG 13/15, me ahogo, no puedo respirar, tengo mucha flema.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sensación manifiesta de expresar que no puede respirar, le falta aire,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Saturación de 90%, Frecuencia Respiratoria de 32 X', aspiración de secreciones de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncoespasmo, PO2 79 mmhg, PCO2 48 mmhg, PH 7.33, HCO3 20 mmhg.</p>	<p>DOMINIO 3</p> <p>ELIMINACIÓN</p> <p>Código 00030</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases</p>	<p>Desequilibrio ventilo/perfusión</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases</p> <p>R/C Desequilibrio ventilo/perfusión</p> <p>E/P Sensación manifiesta de expresar que no puede respirar, le falta aire, saturación de 90%, Frecuencia Respiratoria de 32 X', aspiración de secreciones de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncoespasmo, PO2 79 mmhg, PCO2 48 mmhg, PH 7.33, HCO3 20 mmhg.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sensación de fatiga y falta de aire, me canso ya no tolero, me voy a morir</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Utilización de los músculos respiratorios, Saturación 90%, FR 32, radiografía torácica veladas, pupilas puntiformes.</p>	<p>DOMINIO 4</p> <p>ACTIVIDAD REPOSO</p> <p>Y</p> <p>Código 00033</p>	<p>Deterioro de la ventilación espontanea</p>	<p>Factores metabólicos ingesta de la sustancia de órgano fosforado</p>	<p>Deterioro de la ventilación espontanea R/C Factores metabólicos ingesta de la sustancia de órgano fosforado E/P</p> <p>Utilización de los músculos respiratorio, Saturación 90%, FR 32, refiere sensación de fatiga y falta de aire, me canso, me voy a morir, radiografía torácica veladas, pupilas puntiformes.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sentir mucho frío, tengo mareos, no puedo ver,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Hipoxemia PO2 79 mmhg, hipotensión 92/55 mmhg, acidosis PH 7.33, PCO2 48 mmhg, HCO3 20 mmhg, bloqueo de Grado I en el EKG, confusión, sensación de frío.</p>	<p>DOMINIO 4</p> <p>ACTIVIDAD REPOSO Y</p> <p>Código 00201</p>	<p>Perfusión tisular inefectiva cerebral, cardiopulmonar</p>	<p>Disminución de la precarga y pos carga</p>	<p>Perfusión tisular inefectiva cerebral, cardiopulmonar R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P siento frío, tengo mareos, no puedo ver, hipoxemia PO2 79 mmhg, hipotensión 92/55 mmhg, acidosis PH 7.33, PCO2 48 mmhg, HCO3 20 mmhg, bloqueo de Grado I en el EKG, confusión, sensación de frío.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere que presentó mucha diarrea, vómito, tiene sed.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Vómitos copioso, cólicos abdominales, sialorrea abundante, relajación de esfínter urinario y fecal, diaforesis profusa</p>	<p>DOMINIO 2 NUTRICIÓN</p> <p>Código 00027</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos</p>	<p>Pérdida activa de volúmenes de líquidos</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos R/C</p> <p>Pérdida activa de volúmenes de líquidos E/P Vómitos copioso, cólicos abdominales, sialorrea abundante, relajación de esfínter urinario y fecal, diaforesis profusa. Refiere que presentó mucha diarrea, vómito, tiene sed.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sentir palpitaciones aceleradas, sensación de frío,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Taquicardia al inicio, disminución de la presión arterial, taquipnea, sus pérdidas activas, tendencia a hipotermia</p>	<p>DOMINIO 4 ACTIVIDAD REPOSO</p> <p>Y</p> <p>Código 00029</p>	<p>Disminución del gasto cardiaco</p>	<p>Disminución de la precarga y pos carga</p>	<p>Disminución del gasto cardiaco R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P Taquicardia al inicio, disminución de la presión arterial, taquipnea, sus pérdidas activas, tendencia a hipotermia, refiere sentir palpitaciones aceleradas, sensación de frío,</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Tengo mucha flema, no puedo pasar, toda la baba se me cae, me duele la gar garganta.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Incapacidad para vaciar el contenido de la cavidad oral, sialorrea, traqueo broncorrea, expulsión de secreción de la cavidad oral hacia el exterior, vestigios de vómitos.</p>	<p>DOMINIO 2</p> <p>NUTRICIÓN</p> <p>Código 00103</p>	<p>Deterioro de la deglución</p>	<p>Relajación de los músculos de la deglución</p>	<p>Deterioro de la deglución R/C</p> <p>Relajación de los músculos de la deglución E/P Incapacidad para vaciar el contenido de la cavidad oral, sialorrea, traqueo broncorrea, expulsión de secreción de la cavidad oral hacia el exterior, vestigios de vómitos, tengo mucha flema, no puedo pasar, toda la baba se me cae, me duele la gar garganta.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Por momentos tengo calambre, me siento débil sin fuerza, estoy muy relajada.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Debilidad muscular, parálisis flácida, fasciculaciones, trismos, hipotonía muscular, no poder lograr a incorporarse, agitación psíquica e irritabilidad</p>	<p>DOMINIO 4 ACTIVIDAD REPOSO</p> <p>Y</p> <p>Código 00085</p>	<p>Deterioro de la movilidad física</p>	<p>Trastornos de la percepción y cognición</p>	<p>Deterioro de la movilidad física R/C Trastornos de la percepción y cognición E/P Debilidad muscular, parálisis flácida, fasciculaciones, trismos, hipotonía muscular, no poder lograr a incorporarse, agitación psíquica e irritabilidad, por momentos tengo calambre, me siento débil sin fuerza, estoy muy relajada.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Expresión de preocupación por los cambios en su estado de salud, temor a que se va morir, quien le va ayudar, vergüenza de parte de su compañeros</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Ambiente hospitalario extraño, ruidos que genera los equipos y el personal, vigilancia extrema al movimiento</p>	<p>AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Código 00146</p>	<p>Ansiedad</p>	<p>Amenaza de cambios en el estado de salud y entorno</p>	<p>Ansiedad R/C Amenaza de cambios en el estado de salud y entorno E/P expresión de preocupación por los cambios en su estado de salud, temor a que se va morir, quien le va ayudar, vergüenza de parte de su compañeros, ambiente hospitalario extraño, ruidos que genera los equipos y el personal, vigilancia extrema al movimiento</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere la paciente que Papá de la paciente con antecedentes de consumir alcohol y estupefacientes, familia disfuncional padres separados, vive con la abuela, problemas económicos, sociales y psicológicos.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Se aprecia que no hay un canal adecuado de comunicación de familiares con paciente, es una conducta repetido</p>	<p>DOMINIO 7</p> <p>ROL Y RELACIONES</p> <p>Código 00063</p>	<p>Procesos familiares disfuncionales</p>	<p>Falta de habilidades para solucionar problemas</p>	<p>Procesos familiares disfuncionales R/C</p> <p>Falta de habilidades para solucionar problemas E/P papa de la paciente con antecedentes de consumir alcohol y estupefacientes, familia disfuncional padres separados, vive con la abuela, problemas económicos, sociales y psicológicos.. no existe canal adecuado para comunicarse</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente y la abuela refiere ser una familia disfuncional, conducta reiterativa de autolisis, hospitalizaciones previas, padre con antecedentes de consumo de alcohol y estupefacientes.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>tiene poca visita, solo la abuela está pendiente a pesar de estar notificados</p>	<p>DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Código 00069</p>	<p>Afrontamiento ineficaz</p>	<p>crisis situacionales</p>	<p>Afrontamiento ineficaz R/C crisis situacionales E/P Familia disfuncional, conducta reiterativa de autolisis, hospitalizaciones previas, padre con antecedentes de consumo de alcohol y estupefacientes, tiene poca visita, solo la abuela está pendiente a pesar de estar notificados.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente expresa siente de vergüenza, culpa, por momentos se torna indecisa, refiere que le afecta lo que hablen de ella.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>tiene poca comunicación, duda de dar respuestas, se siente triste y con culpa</p>	<p>DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN</p> <p>Código 00120</p>	<p>Baja autoestima situacional</p>	<p>Falta de afecto</p>	<p>Baja autoestima situacional R/C Falta de afecto E/P Expresión de vergüenza, culpa, por momentos se torna indecisa, refiere que le afecta lo que hablen de ella, tiene poca comunicación, duda de dar respuestas, se siente triste y con culpa</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>expresión de falta de amor, esperanza, cólera así mismo, sentirse abandonada y rechazada,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Paciente inquieta irritable, manifiesta asistir a la iglesia a pedir perdón a su abuelita por hacer sufrir</p>	<p>DOMINIO 10</p> <p>PRINCIPIOS VITALES</p> <p>Código 00066</p>	<p>Sufrimiento espiritual</p>	<p>alienación social</p>	<p>Sufrimiento espiritual R/C alienación social E/P expresión de falta de amor, esperanza, cólera así mismo, sentirse abandonada y rechazada, inquieta irritable, manifiesta deseos de pedir perdón a su abuelita.</p>

VALORACIÓN	DOMINIO ALTERADO	PROBLEMA	CAUSA	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA
DATOS SUBJETIVOS No aplica DATOS OBJETIVOS No aplica	DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN Y Código 00039	Riesgo aspiración de	Trastornos de la deglución, disminución del sensorio y presencia de sonda nasogástrica	Riesgo de aspiración R/C Trastornos de la deglución, disminución del sensorio y presencia de sonda nasogástrica
DATOS SUBJETIVOS No aplica DATOS OBJETIVOS No aplica	DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN Y Código 00035	Riesgo de lesión	Compromiso del sensorio ECG 13/15.	Riesgo de lesión R/C compromiso del sensorio ECG 13/15.

Prioridades de los diagnósticos de Enfermería

PRIORIZACIÓN DIAGNOSTICOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
1	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones buco traque bronquial E/P Incremento de secreciones traque bronquiales, salivación excesiva, nauseas, broncorrea, vómitos de contenido gástrico, ausencia de reflejos y depresión del nivel de conciencia ECG 13/15.
2	Deterioro del intercambio de gases R/C Desequilibrio ventilo/perfusión E/P Sensación manifiesta de expresar que no puede respirar, le falta aire, saturación de 90%, Frecuencia Respiratoria de 32 X', aspiración de secreciones de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncoespasmo, PO2 79 mmhg, PCO2 48 mmhg, PH 7.33, HCO3 20 mmhg
3	Deterioro de la ventilación espontanea R/C Factores metabólicos ingesta de la sustancia de órgano fosforado E/P Utilización de los músculos respiratorio, Saturación 90%, FR 32, refiere sensación de fatiga y falta de aire, radiografía torácica veladas, pupilas puntiformes.
4	Perfusión tisular inefectiva cerebral, cardiopulmonar R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P hipoxemia PO2 79 mmhg, hipotensión 92/55 mmhg, acidosis PH 7.33, PCO2 48 mmhg, HCO3 20 mmhg, bloqueo de Grado I en el EKG, confusión, sensación de frio.
5	Déficit de volumen de líquidos R/C Pérdida activa de volúmenes de líquidos E/P Vómitos copioso, cólicos abdominales, sialorrea abundante, relajación de esfínter urinario y fecal, diaforesis profusa, PVC 6 cc agua.
	Disminución del gasto cardiaco R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P Taquicardia al inicio,

6	disminución de la presión arterial, taquipnea, sus pérdidas activas, tendencia a hipotermia, PVC de 6 cc de agua.
7	Deterioro de la deglución R/C Relajación de los músculos de la deglución E/P Incapacidad para vaciar el contenido de la cavidad oral, sialorrea, traqueo broncorrea, expulsión de secreción de la cavidad oral hacia el exterior, vestigios de vómitos.
8	Deterioro de la movilidad física R/C Trastornos de la percepción y cognición E/P Debilidad muscular, parálisis flácida, fasciculaciones, trismos, hipotonía muscular, no poder lograr a incorporarse, agitación psíquica e irritabilidad.
9	Ansiedad R/C Amenaza de cambios en el estado de salud y entorno E/P expresión de preocupación por los cambios en su estado de salud, temor a que se va morir, quien le va ayudar, vergüenza de parte de su compañeros, ambiente hospitalario extraño, ruidos que genera los equipos y el personal, vigilancia extrema al movimiento.
10	Procesos familiares disfuncionales R/C Falta de habilidades para solucionar problemas E/P papa de la paciente con antecedentes de consumir alcohol y estupefacientes, familia disfuncional padres separados, vive con la abuela, problemas económicos, sociales y psicológicos.
11	Afrontamiento ineficaz R/C crisis situacionales E/P Familia disfuncional, conducta reiterativa de autolisis, hospitalizaciones previas, padre con antecedentes de consumo de alcohol y estupefacientes.
12	Baja autoestima situacional R/C Falta de afecto E/P Expresión de vergüenza, culpa, por momentos se torna indecisa, refiere que le afecta lo que hablen de ella.

13	Sufrimiento espiritual R/C alienación social E/P expresión de falta de amor, esperanza, cólera así mismo, sentirse abandonada y rechazada,
14	Riesgo de aspiración R/C Trastornos de la deglución, disminución del sensorio y presencia de sonda nasogástrica
15	Riesgo de lesión R/C compromiso del sensorio ECG 13/15.

2.4 Ejecución de la Intervenciones; 2.5. Evaluación de los Resultados

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente refiere me ahogo, no puedo respirar, tengo mucha flema.</p> <p>DATOS OBJETIVOS Incremento de secreciones traque bronquiales, salivación excesiva, náuseas, broncorrea, vómitos de contenido gástrico, ausencia de reflejos, cianosis distal, saturación de oxígeno de 90% y depresión del nivel de conciencia ECG 13/15</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones buco traque bronquial E/P Incremento de secreciones traque bronquiales, salivación excesiva, náuseas, broncorrea, vómitos de contenido gástrico, ausencia de reflejos, cianosis distal, saturación de oxígeno de 90% y depresión del nivel de conciencia ECG 13/15, me ahogo, no puedo respirar, tengo mucha flema</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente mantendrá las vías aéreas permeables durante su permanencia hospitalarias con ayuda del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Paciente logrará expectorar, reducir y movilizar las secreciones bronquiales adecuadamente en las primeras 2 horas de su intervención</p>	<p>Se controla los signos vitales, con énfasis la Frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.</p> <p>Se aspira las secreciones bronquiales a demanda extremando las medidas de bioseguridad, a circuito cerrado.</p> <p>Se administra atropina a respuesta de la evaluación pupilar inicialmente una ampolla cada 3 minutos y alejándose el intervalo según reflejo pupilar.</p> <p>Se Coloca en posesión semi sentado, con su soporte de oxígeno por bigotera nasal.</p> <p>Se coloca a la paciente una sonda nasogástrica para realizar su lavado gástrico con agua más carbón activado hasta obtener residuos gástricos claros.</p> <p>Se hace Reevaluar con resultados de exámenes auxiliares.</p> <p>Se mantiene a la paciente con monitoreo continuo. Se registra en historia clínica como evidencia de trabajo enfermero.</p>	<p>Paciente luego de la administración de la atropina disminuye las secreciones bronquiales, gastrointestinales, sialorrea.</p> <p>Saturación de oxígeno queda al 95%, su examen gasométrico indica un PO2 91 mmhg, PCO2 44 mmhg, PH 7.36, ECG 15/15., manifiesta que puede respirar mejor.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Jimena Terán Pérez	2013	http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Fisioterapia_y_Kinesiologia/28.pdf	Plan integral de enfermería para la atención domiciliar de pacientes con enfermedad neuromuscular e insuficiencia respiratoria	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sensación manifiesta de expresar que no puede respirar, le falta aire,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Saturación de 90%, Frecuencia Respiratoria de 32 X', aspiración de secreciones de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncoespasmo, PO2 79 mmhg, PCO2 48 mmhg, PH 7.33, HCO3 20 mmhg</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases R/C Desequilibrio ventilo/perfusión E/P</p> <p>Sensación manifiesta de expresar que no puede respirar, le falta aire, saturación de 90%, Frecuencia Respiratoria de 32 X', aspiración de secreciones de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncoespasmo, PO2 79 mmhg, PCO2 48 mmhg, PH 7.33, HCO3 20 mmhg.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará un adecuado intercambio gaseoso durante su permanencia en el hospital con apoyo de personal de enfermería</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente mejorará su gasometría y saturación de oxígeno, observará mejor patrón respiratorio con soporte de enfermería.</p>	<p>Se coloca al paciente en posesión semi fawler con su soporte oxigenatorio por cánula bi nasal, al 0.40 %.</p> <p>Se asegura la permeabilidad, limpieza de las vías aéreas.</p> <p>Se monitorea los indicadores gasométricos, clínicos y radiológicos.</p> <p>Se aspira las secreciones bronquiales a demanda las veces que sean necesarias extremando las medidas de bioseguridad.</p> <p>Se brinda soporte emocional permanente y estar pendiente para la escucha activa y solidaria.</p> <p>Se gestiona la toma de sus exámenes auxiliares por parte de laboratorio y radiología.</p> <p>Se registra en la historia clínica como evidencia.</p>	<p>Paciente manifiesta que puede respirar mejor, resultados del control a término del turno</p> <p>PO2 91 mmhg, PCO2 44 mmhg, PH 7.36, ECG 15/15., FR 26X'..</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Lívia Maia Pascoa	2015	scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf	Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sensación de fatiga y falta de aire, me canso ya no tolero, me voy a morir</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Utilización de los músculos respiratorios, Saturación 90%, FR 32, radiografía torácica veladas, pupilas puntiformes.</p>	<p>Deterioro de la ventilación espontanea R/C Factores metabólicos ingesta de la sustancia de órgano fosforado E/P Utilización de los músculos respiratorio, Saturación 90%, FR 32, refiere sensación de fatiga y falta de aire, me canso, me voy a morir, radiografía torácica veladas, pupilas puntiformes</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente lograra una ventilación espontanea adecuado y eficaz durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente mejorará el patrón respiratorio, saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria y su sensación de falta de aire.</p>	<p>Se administra el antídoto del órgano fosforado, la atropina por efectos anticolinérgicos de aliviar las molestias gastrointestinales y disminuir las secreciones salivales y bronquiales.</p> <p>Se mantiene a la paciente con soporte de oxígeno con monitoreo permanente de los signos vitales, principalmente los indicadores de la respiratoria, frecuencia, saturación y gases arteriales.</p> <p>Se cautela al paciente sobre las posibilidades auto aspiración, posesión semi sentado, con sonda nasogástrico a gravedad.</p> <p>Registrar el trabajo enfermero.</p>	<p>Paciente mejora su patrón respiratorio, los músculos accesorios de la respiración trabaja menos y su examen gasométrico de control ofrece resultados de PO2 91 mmhg, PCO2 44 mmhg, PH 7.36, ECG 15/15.,</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Fanny Esperanza Acevedo Gamboa	2013	http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a13.pdf	Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la taxonomía nanda, nic, noc.	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere que presentó mucha diarrea, vómito, tiene sed.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Vómitos copioso, cólicos abdominales, sialorrea abundante, relajación de esfínter urinario y fecal, diaforesis profusa. Refiere que presentó mucha diarrea, vómito, tiene sed, balance hídrico negativo durante las primeras tres horas negativo de 800cc.</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos R/C Pérdida activa de volúmenes de líquidos E/P</p> <p>Vómitos copioso, cólicos abdominales, sialorrea abundante, relajación de esfínter urinario y fecal, diaforesis profusa. Refiere que presentó mucha diarrea, vómito, tiene sed, balance hídrico negativo durante las primeras tres horas negativo de 800cc.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará corregir el déficit de volumen de líquidos durante su estancia hospitalaria con apoyo del personal</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente logrará restituir las perdidas activas a demanda según requerimiento alcanzando un balance hídrico adecuado.</p>	<p>Se repone el volumen de pérdida, básicamente con suero fisiológico.</p> <p>Se monitorea el balance hídrico, básicamente la diuresis y las perdidas activa</p> <p>Se mantiene con monitoreo hemodinámica.</p> <p>Se administra la atropina para minimizar los efectos de los órganos fosforados.</p> <p>Se registra las evidencias del trabajo enfermero.</p>	<p>Paciente durante el turno, se controla los efectos muscarínicos, se controla las pérdidas activas, no hay vómito, no hay diarrea, las secreciones gastrointestinales y respiratorio disminuyeron, la sialorrea ha sido controlado, de per funde fluidos por vía endovenosas, su PVC queda en 10 CC de agua.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Enrique Hernández-Cortez	2016	http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161bp.pdf	MANEJO TRANSOPERATORIO DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere sentir palpitaciones aceleradas, sensación de frío,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Taquicardia al inicio, disminución de la presión arterial 92/55 mmhg, taquipnea FR 32 X', sus pérdidas activas, tendencia a hipotermia, PVC 6 CC de agua, llenado capilar mayor a 3"</p>	<p>Disminución del gasto cardíaco R/C Disminución de la precarga y pos carga E/P</p> <p>Taquicardia al inicio, disminución de la presión arterial, taquipnea, sus pérdidas activas, tendencia a hipotermia, refiere sentir palpitaciones aceleradas, sensación de frío,</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará mejorar su gasto cardíaco a estándares adecuados durante su hospitalización con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente logrará mejorar la pre y pos carga con administración de fluidos durante las primeras 6 horas de su permanencia en el hospital con apoyo de enfermería.</p>	<p>Se corrige la hipovolemia, administrando fluidos. Se mantiene la permeabilidad de la vía periférica y luego la vía central.</p> <p>Se valora la función hemodinámica, controlar la PVC, Llenado capilar.</p> <p>Se valora los resultados de los gases arteriales.</p> <p>Se valora la respuesta a la administración de fluidos.</p> <p>Se revisa los trazos electrocardiográficos a fin de encontrar alteraciones.</p> <p>Se vigila los cambios del estado mental del paciente a través de la evaluación de la escala de coma de glasgow.</p> <p>Tranquilizar al paciente y la familia informando los cambios en el estado de salud.</p> <p>Registra el trabajo enfermero.</p>	<p>Paciente se encuentra hemodinamicamente estable, normo tenso 120/75 mmhg, Saturación de 95%, FC 72, FR 26 X', PVC 10 cc de agua, se controla las pérdidas activas.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Claudia Ariza Olarte	2003	Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva.	Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva.	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Tengo mucha flema, no puedo pasar, toda la baba se me cae, me duele la gar garganta.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Incapacidad para vaciar el contenido de la cavidad oral, sialorrea, traqueo broncorrea, expulsión de secreción de la cavidad oral hacia el exterior, vestigios de vómitos</p>	<p>Deterioro de la deglución R/C</p> <p>Relajación de los músculos de la deglución E/P Incapacidad para vaciar el contenido de la cavidad oral, sialorrea, traqueo broncorrea, expulsión de secreción de la cavidad oral hacia el exterior, vestigios de vómitos, tengo mucha flema, no puedo pasar, toda la baba se me cae, me duele la gar garganta.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará recuperar la capacidad de deglución durante el turno con apoyo del personal</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente mejorará su capacidad de deglución con soporte del personal de enfermería durante el turno.</p>	<p>Se aspira las secreciones de la cavidad.</p> <p>Se administra atropina según respuesta del reflejo pupilar.</p> <p>Se mantiene al paciente en posesión sentada.</p> <p>Se mantiene con sonda nasogástrica para realizar lavado gástrico.</p> <p>Se evalúa su reflejo de deglución</p> <p>Se registra trabajo enfermeros como evidencia.</p>	<p>Paciente recupera su capacidad de deglución pos administración de atropina.</p> <p>Desparece la sialorrea, broncorrea de manera progresiva.</p> <p>Paciente al final mejora su sensorio ECG 15/15 puntos.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Huamán Anthony	2014	Evaluación Clínica de la Deglución	Evaluación Clínica de la Deglución	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Por momentos tengo calambre, me siento débil sin fuerza, estoy muy relajada.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Debilidad muscular, parálisis flácida, fasciculaciones, trismos, hipotonía muscular, no poder lograr a incorporarse, agitación psíquica e irritabilidad</p>	<p>Deterioro de la movilidad física R/C Trastornos de la percepción y cognición E/P Debilidad muscular, parálisis flácida, fasciculaciones, trismos, hipotonía muscular, no poder lograr a incorporarse, agitación psíquica e irritabilidad, por momentos tengo calambre, me siento débil sin fuerza, estoy muy relajada.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente recuperará la movilidad física durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Paciente logrará recuperar la actividad muscular y la movilidad durante el turno, desaparecerá los efectos muscarínicos y nicotínicos.</p>	<p>Se fomenta precozmente la actividad física en el paciente, sobre la flexión y extensión.</p> <p>Se coordina con el departamento de terapia física y rehabilitación para programar terapia de rehabilitación en el estadio intermedio y tardío</p> <p>Se fomenta la participación del paciente en el desarrollo de movimientos pasivos.</p> <p>Se ayuda en los cambios posturales y se le ayuda en el desarrollo de su autocuidado.</p> <p>Se vigila la integridad de la piel y los riesgos caídas y su seguridad</p> <p>Se registra el trabajo enfermero en la historia clínica..</p>	<p>Paciente durante su tratamiento agudo de la intoxicación recibe tratamiento farmacológico de atropina, mejora sus reflejos de movimientos</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Luque Tomalá, Frank Lenny	2014	http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/1683	Deterioro de la movilidad física manifestado por dificultad de auto cuidado en adultos mayores, centro de atención integral del adulto mayor Sagrada Familia, Santa Elena, 2013-2014.	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Expresión de preocupación por los cambios en su estado de salud, temor a que se va morir, quien le va ayudar, vergüenza de parte de su compañeros</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Ambiente hospitalario extraño, ruidos que genera los equipos y el personal, vigilancia extrema al movimiento</p>	<p>Ansiedad R/C Amenaza de cambios en el estado de salud y entorno E/P expresión de preocupación por los cambios en su estado de salud, temor a que se va morir, quien le va ayudar, vergüenza de parte de su compañeros, ambiente hospitalario extraño, ruidos que genera los equipos y el personal, vigilancia extrema al movimiento</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente verbalizará estar libre de efectos de la ansiedad durante el turno con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente estará libre de efectos estresores en el turno, recibirá soporte emocional del personal durante el turno-</p>	<p>Se fomenta la actividad física como parte de su terapia para lograr disipar sus preocupaciones.</p> <p>Se administra su tratamiento medicamentosos Haloperidol 1 amp. IM.</p> <p>Se establece una estrategia escucha activa para obtener información y hacerle sentir que es importante y nosotros estamos preocupados para contribuir con su tratamiento.</p> <p>Se brinda soporte emocional al paciente entendiendo como una unidad biológica, social, psicológica y espiritual, se coordina con el departamento de psicología para mejorar el proceso.</p> <p>Se disminuye o se anticipa a procesos que pueden generar efectos estresores o de ansiedad.</p> <p>Se gestiona interconsulta para psicología y psiquiatría.</p>	<p>Paciente recibió escucha activa, soporte emocional, se mejoró los procesos familiares y se estableció los canales de comunicación.</p> <p>Departamento de psicología y la especialidad de psiquiatría responden interconsulta</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Laura Silva - Córdova	2006	http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n1/art3.pdf	Ansiedad en estudiantes de 7º y 8º básico de escuelas municipales. Chillán	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere la paciente que Papá de la paciente con antecedentes de consumir alcohol y estupefacientes, familia disfuncional padres separados, vive con la abuela, problemas económicos, sociales y psicológicos.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Se aprecia que no hay un canal adecuado de comunicación de familiares con paciente, es una conducta repetido</p>	<p>Procesos familiares disfuncionales R/C Falta de habilidades para solucionar problemas E/P papa de la paciente con antecedentes de consumir alcohol y estupefacientes, familia disfuncional padres separados, vive con la abuela, problemas económicos, sociales y psicológicos.. no existe canal adecuado para comunicarse</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará un proceso familiar adecuado con las normas sociales adecuadas durante su estancia hospitalaria.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente logrará establecer canales de comunicación, para mejorar su disfunción familiar con sus progenitores durante su hospitalización</p>	<p>Se anima al paciente a ser parte de la solución de los problemas fomentando su independencia en la toma de decisiones.</p> <p>Se respeta las decisiones del paciente y se utiliza el proceso de cuidado enfermero para modificar las conductas negativas.</p> <p>Se logra convocar a la familia padres para que se integren como aliados estratégicos en apoyar a su hija.</p>	<p>Se logra establecer canales de comunicación entre los miembros de la familia y otros: Abuela, papá, mamá y profesores.</p> <p>La Trabajadora social desarrolló su labor coordinado y ayudando con los factores socioeconómico.</p> <p>Los costos de su tratamiento ha sido asumido EsSALUD.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	NIVEL
Maricarmen Lizbeth Molleda Lovera	2015	Marycarmen Lizbeth Molleda Lovera_Tesis	III

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente y la abuela refiere ser una familia disfuncional, conducta reiterativa de autolisis, hospitalizaciones previas, padre con antecedentes de consumo de alcohol y estupefacientes.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>tiene poca visita, solo la abuela está pendiente a pesar de estar notificados</p>	<p>Afrontamiento ineficaz R/C crisis situacionales E/P Familia disfuncional, conducta reiterativa de autolisis, hospitalizaciones previas, padre con antecedentes de consumo de alcohol y estupefacientes, tiene poca visita, solo la abuela está pendiente a pesar de estar notificados.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará un afrontamiento familiar eficaz durante su estancia hospitalaria con apoyo del personal</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente logrará superar la crisis situacional</p>	<p>Se establece estrategias para mejorar proceso de integración de los miembros de la familia, previamente hablando de manera individual con cada uno de ellos de manera crítica y autocrítica asuman su voluntad y responsabilidad para enmendar.</p> <p>Se propicia en el paciente controlar sus impulsos, mejorar el sueño y practicar las técnicas de relajación</p> <p>Se apoya sostenidamente al paciente y a la familia para que logren tomar decisiones que favorezca un afrontamiento eficaz de manera asertiva, como un compromiso común.</p> <p>Se genera canales de comunicación entre los miembros de la familia y se le apoya al paciente disminuyendo los factores que pueden alterar el desarrollo normal de la familia</p>	<p>Se logró que los padres y la paciente se integren en el tratamiento con actitud proactiva, el departamento de psicología estableció un programa de terapia familiar. Psiquiatría determinó que el paciente para su alta debe salir con medicación por ser una conducta reiterativa de autolisis.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Chávez Alania Mery Isbell	2016	http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/100/Estrategias	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE AL ESTRÉS	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente expresa siente de vergüenza, culpa, por momentos se torna indecisa, refiere que le afecta lo que hablen de ella.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>tiene poca comunicación, duda de dar respuestas, se siente triste y con culpa</p>	<p>Baja autoestima situacional R/C Falta de afecto E/P Expresión de vergüenza, culpa, por momentos se torna indecisa, refiere que le afecta lo que hablen de ella, tiene poca comunicación, duda de dar respuestas, se siente triste y con culpa</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente logrará elevar su nivel de autoestima, durante su hospitalización con apoyo de equipo de salud.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Paciente recibirá soporte emocional del personal y familiar durante su el turno con apoyo del equipo multidisciplinario.</p>	<p>Se brinda un apoyo emocional sostenido, sin cuestionar su actitud ni conducta.</p> <p>Se establece y fomenta la escucha activa de todos los miembros de salud.</p> <p>Se establece comunicación asertiva entre todos los elementos que participan con lenguaje claro y sencillo de que sus compañeros de clase y profesores participen en el proceso de cuidado.</p> <p>Se utiliza la asertividad como estrategia para potenciar su autoestima brindándole reconocer sus virtudes residuales y confianza en todo lo que puede determinar.</p> <p>Registro del trabajo enfermero</p>	<p>Paciente al término del turno continuó con sentimiento de culpa, vergüenza, muestra poco auto cuidado, con carencia de afecto, no tiene predisposición a mejor o comunicarse.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIV EL
Lita García Porres	2006	http://eprints.uanl.mx/6882/1/1080127503.pdf	AŪTOCONCEPTO, AUTOESTIMA	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>expresión de falta de amor, esperanza, cólera así mismo, sentirse abandonada y rechazada,</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Paciente inquieta irritable, manifiesta asistir a la iglesia a pedir perdón a su abuelita por hacer sufrir</p>	<p>Sufrimiento espiritual R/C alienación social E/P expresión de falta de amor, esperanza, cólera así mismo, sentirse abandonada y rechazada, inquieta irritable, manifiesta deseos de pedir perdón a su abuelita.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente estará libre de efectos del sufrimiento espiritual durante su permanencia en el nosocomio con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente logrará interiorizar su situación de salud y aceptará sus limitaciones que genera su afección</p>	<p>Se brinda soporte emocional estableciendo una escucha activa, generando una empatía expresa en todo momento.</p> <p>Se brinda el apoyo espiritual con participación del capellán del hospital.</p> <p>Se acepta la toma de decisiones en el control de su cólera, enfado.</p> <p>Se genera medios donde el paciente puede reconocer su sentimiento de culpa.</p> <p>Se acelera el proceso familiar para que expresen sentimientos de amor, comprensión y apoyo.</p> <p>Se fomenta un clima de esperanza, perseverancia y seguridad y el apoyo sostenido de la familia.</p>	<p>Paciente recibió soporte y escucha activa de parte del personal y la familia, recibió la visita del capellán del hospital, continua manifestando que no la quieren y se siente rechazada, muestra una actitud reactiva.</p> <p>Pidió perdón a la abuela y promete no volver hacerlo.</p>

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Isabel Alarcón Soca	2009	http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/522/1/Alarcon_si.pdf	Necesidades espirituales de los pacientes	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
DATOS SUBJETIVOS No aplica DATOS OBJETIVOS No aplica	Riesgo de aspiración R/C Trastornos de la deglución, disminución del sensorio y presencia de sonda nasogástrica	OBJETIVO GENERAL Paciente se mantendrá libre de efectos de una aspiración macro con apoyo del personal durante el turno OBJETIVOS ESPECIFICOS Paciente permanecerá con vigilancia hemodinámica y respiratoria durante el turno	Se mantiene al paciente en posesión semis entado. Se realiza la administración de medicamentos protectores gástricos y inhibidores de hiperreactividad bronquial y gastrointestinal. Se mantiene al paciente con su sonda nasogástrica. Se observa signos de alarma. Registrar el trabajo enfermero.	Paciente se mantuvo en todo momento con los cuidados y tratamiento durante su permanencia en el hospital. Dentro del esquema del tratamiento recibió cobertura antibiótica, las secreciones bronquiales, sialorrea disminuyeron, recupero su capacidad de deglución, no hay nausea y no vómito,

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Ana Railka de Souza Oliveira	2015	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-0197-2545.pdf	Factores clínicos predictores del riesgo para aspiración y aspiración respiratoria	III

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
DATOS SUBJETIVOS No aplica DATOS OBJETIVOS No aplica	Riesgo de lesión R/C compromiso del sensorio ECG 13/15.	OBJETIVO GENERAL Paciente estará libre de efectos que puedan generar una lesión	Se mantiene al paciente en camilla con barandales. Se brinda soporte emocional permanente animando a mantener su integridad física y mental. Fomentar la participación en el cuidado enfermero. Se registra el trabajo enfermero.	Paciente permanece bajo estricta vigilancia, control de monitoreo hemodinámico en camilla con barandales. Su ECG 15/15.

AUTOR	AÑO	BASE O FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
EDGAR ROLANDO VICENTE ARGUETA	2014	http://www.repositorio.usac.edu.gt/1655/1/05_9386.pdf	FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO ASOCIADOS	III

CAPITULO III
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones del Trabajo

1. Los órganos fosforados es un grupo de sustancias tóxicas capaces de ocasionar alteraciones en sistema nervioso simpático y parasimpático cuyas formas de absorción pueden variar dependiendo al grado de exposición siendo esta por vía oral a través de su ingesta voluntaria de la persona, que por problemas de naturaleza económica, social y psicológica ingirió voluntariamente Veneno para Ratas..
2. La sintomatología que ocasionó órgano fosforado es tipo tóxico pueden varias de ser mínimas hasta ocasionar la muerte entre las que podemos mencionar: el síndrome muscarínicos presento náusea vómito, diarrea, dolores musculares, abundante sialorrea, por acumulación de acetilcolina en receptores muscarínicos localizados en músculo liso, corazón y glándulas exocrinas, el síndrome nicotínico que afectó la placa motora ocasionando los calambres, debilidad generalizada, (músculos respiratorios) fasciculaciones, mialgias y parálisis flácida.
3. La intervención oportuna, rápida del personal de enfermería y el equipo de salud que labora en la emergencia de los hospitales de EsSALUD Vitarte, cumple un papel fundamental a momento de recibir un paciente con intoxicación órganos fosforados que constituyeron en el acto en la unidad de shock trauma y asistió inmediatamente con el objetivo de preservar la vida y minimizar las complicaciones que se podrían manifestarse posteriores a la evolución de este cuadro clínico de tal forma se procedió a realizar la descontaminación con un lavado gástrico riguroso con agua y carbón activado paralelamente su proceso de atropinización hasta controlar los efectos muscarínicos y nicotínicos del órgano fosforado.
4. No existe documentos de gestión, manual de procedimientos, protocolos de atención para la intervención de enfermería, sin embargo se procedió a identificar el tóxico; eliminar la mayor cantidad del tóxico e impedir su absorción, mediante la utilización de soluciones de mantenimiento, drogas

anticolinérgicas, aplicación de compuestos como el carbón activado y la vigilancia y monitoreo continua de los signos vitales (respiración, circulación, nivel neurológico).

5. Paciente sale de alta el día 26 a las 10.00 en compañía de la familia previa evaluación por Servicio Social, Psicología, Psiquiatría y sus respectivas citas para control.

3.2 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud y sus Órganos de control regulen el expendio de los productos llamados órganos fosforados o carbomatos.

Al Director del Hospital II, Es SALUD, Vitarte Hospital, Jefe de Servicio de Emergencia y La Unidad de Capacitación que organice capacitación para el personal profesional que trabaja en Emergencia sobre el manejo de las intoxicaciones por órganos fosforados y a la vez se genere los Instrumentos de gestión: Guías, Protocolos y manual de procedimiento y estandarice documentos concerniente al proceso de cuidado enfermero sobre el quehacer enfermero.

A los Profesionales del Área de Psicología, Psiquiatría y Servicio Social deberían realizar seguimiento y control prolijo al paciente con antecedentes de ingesta de órganos fosforados para mejorar los procesos familiares, por ser una enfermedad del comportamiento humano y evitar eventos posteriores.

A la Universidad Inca Garcilaso de la vega, a través de la facultad de Enfermería que fomente la vinculación con la sociedad, con la ejecución de trabajos académicos y proyectos de investigación científica en el manejo de pacientes con intoxicación con órganos fosforados.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

AMONES M. Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, Julio 211 – Junio 2013.

ARLAES. L. HERNÁNDEZ. G. EÑIZAREZ. T. Factores predisponentes e intentos de suicidio utilizando sustancias tóxicas inhibidores de la colinesterasa. Revista de Medicina Interna. (Cuba). 2006. 122-126pp.

CASTILLO. P. ARANGO. V. Intoxicaciones por productos Agrícolas. Anticolinesterásicos. Revista Médica. (Colombia). 14-20 pp. 2009.

CEMPAS. Guías de reanimación básica y avanzada, 2007. Medellín

COLLADO A, Intoxicación por insecticidas. Órganos fosforados. Granada, 2008.

CÓRDOVA, D. CADABID, S. Inhibidores de colinesterasas. In: Córdova D. Toxicología. 2da. ed. Medellín. 1991

CARMONA, Manual de Toxicología. Valencia España, 2008.G

DE LEÓN E. Caracterización de intoxicaciones por Plaguicidas en el Hospital de Cobán, periodo Enero a Diciembre 2012

GAVILANEZ J. Tentativa auto lítica con pesticidas inhibidores de la colinesterasa atendidos en la emergencia del Hospital Regional Docente Ambato durante el 2015.

GOLD FRANKS. .Toxicology Emergencias.Saunders.USA. 8 Ed, 2007

GOLDMAN, GILMAN A, et alt, Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9a Ed México. Editorial Mc Graw-Hil Interamericana.S.A. 2006

HARRISON, Principios de Medicina Interna. México. 2008

JARAMILLO, M. Protocolos de Atención Médica Pre hospitalaria. Resultados del trabajo de investigación interinstitucional. Ces – Cempas, 2007

JUÁREZ E. Características clínicas epidemiológicas factores psicosociales y tratamiento de las intoxicaciones por organofosforados en el servicio de emergencia del Hospital Regional Moquegua 2010 – 2013

KAPLAN, H. SADOCK, J. Sinopsis de Psiquiatría. 8va. Ed. Mexico, Ciencias Médicas, 2005. 1500p

LAWRENCE, T. Diagnóstico Clínico y Tratamiento de intoxicaciones. MC. Graw Hill. USA, 2007

LEON, S. FIDAS, E. PRADILLA, G. Neurological effects of organophosphorous pesticides. 2da, ed. British, Medical Journal, 2006. 2200p

LÓPEZ P. Determinantes en intoxicación por órganos fosforados en adolescentes y la aplicación de los cuidados de enfermería en el área de emergencia del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Periodo Agosto 2012 a Enero del 2013. Ecuador. 2013.

MARTÍNEZ P. J. Etiología, Procedimientos y Diagnóstico. Madrid, 2009

MILLER, M. Organophosphorus and Carbamate Insecticides. In: Olson, K. Poisoning & Drug Overdose. Fourth edition. McGraw Hill Medical Publishing Division. New York, USA. 2004. p. 291-295.

MINSA. Riesgo a la salud: Intoxicación por plaguicidas. Boletín Epidemiológico. Vol. 23. Sem Epidemiol 36 2014

MONTOYA CMA. Intoxicaciones. En: Pacheco CR, Díaz MG, ed. Medicina general. Principales demandas de atención. México: Academia Nacional de Medicina Editorial Panamericana, 2008.

MURAT. S. MENDEZ. G.Intensive care management of organophosphate insecticide poisoning. Revista Critical Care. (México) 5(1), 211-215 pp.2007
Químicos peligrosos Monografías médicas. 2014

NORMAS TERAPÉUTICAS. INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS Y MORDEDURAS DE SERPIENTES, Centro Nacional de Toxicología, Ministerio de Salud de Nicaragua. 2007

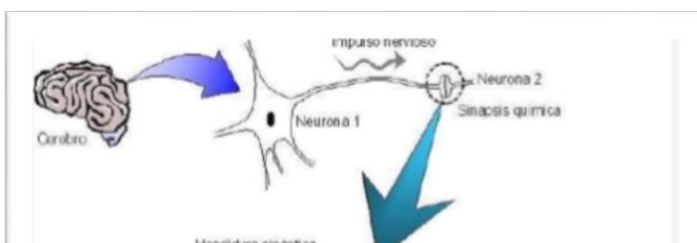
SUAREZ C, CORDERO R. Presentación de caso para educacion médica: Intoxicación aguda grave en una joven con intento de 31 suicidios. Quito. 2014
TAYLOR, P. HARDMAN, J. LIMBIRD, L. MOLINOFF, P.Goodmann and Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics. 9na ed. New York, Macmillan, 2006. 3000p.

TÓXICOS <http://www.urgenciasmedicas.com/toxicos.htm> 2002-02-15

VOS DR., P. Intoxicaciones por agroquímicos en la zona de Rivas durante el año. Rivas.2, 2008

WATKINS, Efectos Tóxicos de plaguicidas. 6. Ed. New York, McGraw-Hill, 2005, 3000p

ANEXOS





Principales síntomas de la intoxicación por Organofosforados y Carbamatos



Vías de Ingreso al Organismo

- Oral o Digestiva
- Nasal o Respiratoria
- Dérmica o Cuánea

