

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

TESIS DE GRADO

**PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TEMA:

**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
INTOXICACION QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL Dr. "VERDI CEVALLOS
BALDA" DE PORTOVIEJO. AGOSTO 2005 A ENERO 2006.**

AUTORES:

**CARRANZA MACIAS VIVIANA JACQUELINE
MACIAS GARCIA MERCY JANETH**

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. Mg. Gs. NARCISA VILLAMARIN VACA

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

CERTIFICACION

Que los egresados **CARRANZA MACIAS VIVIANA JACQUELINE** y **MACIAS GARCIA MERCY JANETH**: han culminado su tesis de grado **INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INTOXICACION QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL Dr. “VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO. AGOSTO 2005 A ENERO 2006**; bajo mi dirección, supervisión y asesoramiento, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas par el efecto.

Lic. Mg. Gs. **NARCISA VILLAMARIN VACA**
DIRECTORA DE TESIS

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

TEMA: INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INTOXICACION QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL Dr. VERDI CEVALLOS BALDA. DE PORTOVIEJO. AGOSTO 2005 A ENERO 2006.

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

APROBADA:

Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO DE LA FACULTAD

Lic. Araceli R. de Zambrano
SUBDECANA DE LA FACULTAD

Lic. Mg.Sc. Audelyth Jaramillo
PRESIDENTE

Lic.Mg.Gs. Narcisa Villamaría Vaca
DIRECTOR DE TESIS

Lic. Mg. Sc. Aracely de Zambrano
MIEMBRO

Lic. Mg. Sc. Julia Espinel
MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento sincero a cada una de las personas e instituciones que hicieron posible la realización del trabajo investigativo, para culminar nuestra vida estudiantil.

A nuestros padres, quienes con esfuerzo y perseverancia apoyaron nuestro caminar hasta alcanzar la meta propuesta, como es el de llegar a hacer Licenciada en Enfermería, y poder sentirse orgullosos del fruto que engendraron y deja como herencia lo más preciado en nuestras vidas como es la de una carrera profesional.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Escuela de Enfermería, con su personal docente quienes sembraron hace 5 años los conocimientos científicos impartidos en aulas y hoy ven los resultados, al personal administrativo que estuvieron siempre prestos a ayudarnos en el pasar de los días.

A la Lic. Narcisa Villamarín Vaca nuestra Directora de Tesis y a cada uno de los Miembros del Tribunal, al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en especial al Servicio de Emergencia; por habernos abiertos sus puertas, permitiéndonos llenar de vivencias y casos durante la investigación que no olvidaremos.

A todas las personas que colaboraron de una u otra manera a finalizar nuestro trabajo.

MUCHAS GRACIAS

VIVIANA CARRANZA MACIAS

MERCY MACIAS GARCIA

DEDICATORIA

Al terminar una etapa más de mi vida y con este significado trabajo realizado con mucho cariño y amor, me permite dedicar mi esfuerzo y dar gracias a:

Díos Padre celestial que nos acompaña y nos guía en el paso de nuestras vidas y amor para luchar por nuestros ideales.

Gracias a mi mamá Rosy que con su ejemplo continuo me anima a dar lo mejor de mí en cada momento.

Gracias a mis hermanas Flor María y María Isabel que con su cariño y paciencia me han acompañado en mi carrera.

Gracias a mi mamá Chayo y Don Avilio Silva que de una u otra manera me ayudaron cuando más lo necesitaba.

Gracias a mi esposo Alejandro Menéndez que con su compañía, paciencia y amor siempre me daba fuerzas para seguir adelante.

Gracias al ser más preciado que Díos y el amor nos regala a mi hija “NAHYLITA” quien es el pilar fundamental de mi vida.

Gracias a mis amigas con quienes hemos compartido experiencias que nos han enseñado a lo largo del tiempo que la unión hace la fuerza.

VIVIANA CARRANZA MACIAS

DEDICATORIA

A nadie le falta fuerza lo que a muchos les falta es voluntad

Estas líneas son el reflejo de un objetivo logrado a base de esfuerzo, dedicación y perseverancia. No dejaría la oportunidad de Agradecer a mi Padre Dios supremo por permitirme todos estos años de existencia, en los cuales he atravesado por momentos de felicidad y tristeza, de esfuerzo y sacrificio, y por darme la oportunidad de continuar en esta vida terrenal, para poder cumplir uno de mis objetivos, como es el de culminar una carrera universitaria, que hoy he alcanzado gracias a su empuje espiritual.

Dedico sobre todo a los autores de mi vida, mis padres personas especiales Osmin y Letty que son mi guía hacia el camino del bien, y por brindarme siempre su cariño , apoyo incondicional , y con palabras de fortaleza, como si puedes, sigue adelante; en todo momento cuando sentía que ya no podía. Todo esto me permitió llegar a la culminación de esta etapa de mi vida. Gracias papas.

A mi esposo Leonardo Quiroz que me brindo siempre su amor, apoyo y fortalezas para la culminación de este proyecto

A mis amigas y compañeros que desinteresadamente colaboraron en la culminación de mi carrera universitaria.

MERCY MACIAS GARCIA

RESUMEN

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo, cuyo objetivo general fue Determinar la intervención que el personal de enfermería brinda al paciente intoxicado que ingresa al servicio de emergencia del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo durante los meses de agosto del 2005 a enero del 2006.

El universo estuvo conformado por 93 pacientes diagnosticados con intoxicación de los cuales 36 fueron por Órganosfosforados, 32 por alcohol, y 25 por alimentos. La intervención de enfermería se determinó mediante la observación de la ejecución de los protocolos de atención para cada tipo de intoxicaciones, siendo estos reformados por las investigadoras, incluyendo en esta observación al personal de Lcdas. En enfermería, auxiliar de enfermería e internas de enfermería que trabajan en el servicio de emergencia.

La información se obtuvo por medio de una guía de observación al personal de enfermería que trabaja en este servicio donde se tomó en cuenta el conocimiento y destrezas que tienen en la atención del paciente intoxicado por las causas descritas anteriormente; una encuesta aplicada al familiar del paciente intoxicado por órganosfosforado. Además se tomaron datos del libro de registro del servicio de emergencia y departamento de estadísticas, historias clínicas de los pacientes con intoxicación por órganosfosforado, para determinar las causas, tipo de tóxico y datos generales.

El trabajo investigativo se concluye determinando que hay una mayor incidencia de pacientes intoxicados por órganosfosforados en edades comprendidas de 15 a 23 años con 53% predominando el sexo femenino en un 58% presentando un nivel de instrucción bajo ya que en un 31% no ha terminado la primaria, son agricultores que viven en zonas urbanas por que han emigrado para obtener una mejor vida.

El personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia cumple con un 72% las acciones de enfermería en la atención a pacientes con intoxicaciones es decir un gran porcentaje de cumplimiento.

Tomando como referencia estos datos se dejan recomendaciones para mejora la atención

SUMMARY

The present investigation work is of a descriptive, prospective in which the general objective was to determine the participation that the infirmity staff offer to the intoxicated patient that arrive to the emergency service of the Dr. Verdi Cevallos Balda Hospital of the Portoviejo city during the months on August 2005 until on January 2006.

The universe was to adjust for 93 patients with intoxication 36 of them was for organosfosforados, 32 for alcohol and 25 for foods the participation of infirmity was to determine through of the observation in the execution of the protocols of attention for each kind of intoxications, however it was to restore for people to research including in this observation to the bachelor of science of the infirmity staff; infirmity to help, and infirmity internals that work in the emergency service.

The information got us through of an observation guide at the infirmity staff that work in this service where was present the knowledge and skills that exist in the attention of the intoxicated patient for the causes last writing.

In the investigation made to the family of the intoxicated patient for organosfosforados.

Besides, took us data of the registration book of the emergency service and statistic department, clinic histories of the patients with intoxication for organosfosforados, for determine the causes, kind of toxic and general data.

The investigation work finish determine that exist a major incidence of intoxicated patients for organosfosforados in ages among 15 and 23 years the majority because, they emigrate to get a better life.

The infirmity staff that work at the emergency service to carry out with 72% the actions of infirmity in the attention to patients with intoxication it's a big percentage of to carrying out.

Taking as reference this data let us recommendation to improve the attention.

INDICE GENERAL

PAGINAS

RESUMEN

INTRODUCCION.....2 -3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....4 -5

PROBLEMA.....6

JUSTIFICACIÓN.....7-8

OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS.....9

MARCO TEORICO.....10-76

CAPITULO 1.

Intoxicación: concepto-causas-clasificación.....10-12

Atención de las intoxicaciones.....13-16

Emergencia por intoxicaciones.....17-19

Epidemiología de las intoxicaciones.....20-21

Manejo general de las intoxicaciones.....22-27

CAPITULO 2.

Teoría de la enfermera.....28-32

Calidad-aspecto, niveles de la atención
necesidades del paciente.....33-37

Dimensiones –estrategias de mejoramiento de calidad.....38-40

CAPITULO 3

Plaguicidas- clasificación.....	41-42
Principales características de los órganosfosforado.....	43-45
Órganosfosforado como agente intoxicante.....	46-52
Intervención de enfermería en pacientes Con intoxicación por órganosfosforado.....	53-60
perfil de la enfermera en su intervención frente a pacientes intoxicado con órganosfosforados.....	61-62

CAPITULO 4.

Intoxicación alcohólica: concepto, signos y síntomas tratamiento.....	63-64
Dependencia del alcohol- abuso del alcohol.....	65-71

CAPITULO 5.

Intoxicación alimentaria: causas- síntomas – tratamiento.....	72-75
como prevenir las intoxicaciones.....	76
DISEÑO METODOLOGICO.....	77-78
RECURSOS.....	79
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	80-86
RESULTADOS ESPERADOS.....	87-104
ANALISIS Y DISCUSION.....	105-108
CONCLUSIONES.....	109-110

RECOMENDACIONES.....	111-112
PRESUPUESTO.....	113
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	114
BIBLIOGRAFÍA.....	115-116
ANEXOS.....	117-135
Guías de observación.....	117-122
Protocolos de actuación en caso de intoxicaciones.....	123-135

INTRODUCCIÓN

Un tóxico o veneno 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 por auto lisis constituyen hoy en día un problema de salud, que cada día se agrava más. Ahora bien, los pacientes intoxicados, y específicamente con órganofosforados, 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 dañado.

Se puede decir que como un hecho cada vez más frecuente, estos pacientes son atendidos en unidades de emergencias, las cuales están integradas por personal multidisciplinario que deben poseer un nivel de conocimiento que permitan aplicar medidas en los casos críticos como lo son las diferentes clases de intoxicaciones

Ahora bien, uno de los problemas planteados, en la investigación del área de Emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo es la aplicación de la intervención de enfermería en pacientes que ingresan por intoxicaciones, tomando en consideración que es mas prevalente las intoxicaciones por órganofosforado en sexo femenino y en edades de 15 a 23 años que presentan un nivel cultural y económico mediano siendo los agricultores los que ingresan con mas frecuencia a este servicio por intento de suicidio .

Ante esta situación, surge la motivación de realizar un trabajo de investigación que determine la intervención que el personal de enfermería brinda en la atención de los paciente con intoxicaciones que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, y el rol que desempeña el personal de enfermería en las

unidades de emergencias es decisivo en la recuperación y/o restablecimiento de la salud del paciente intoxicado.

Para una mejor evaluación de la atención de enfermería se realizaron y reformularon los protocolos de atención para pacientes intoxicados con organofosforados, alimentos y alcohol.

Dentro de esta perspectiva, se tomaron como base los resultados obtenidos y se presentaron una serie de recomendaciones dirigidas a mejorar la intervención de enfermería desde el punto de vista científico, de información, habilidades y destrezas que el personal debe aplicar para la atención de estos pacientes que han ingerido estos tóxicos. Este planteamiento redundará en la calidad del trabajo y estimula al personal, en la búsqueda de mejorar sus conocimientos, con el fin de reducir los riesgos y disminuir así el índice de mortalidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las intoxicaciones representan un causal frecuente de muerte en los seres humanos, si no son tratados con prontitud. Su intervención de enfermería varía según el grado de toxicidad del agente causal, como también de los efectos que ocasione el tóxico sobre el organismo. Sucede que las intoxicaciones son producidas en el organismo generalmente por la ingestión, inyección o inhalación de una sustancia tóxica.

La intoxicación es: "Un cuadro clínico que aparece al ingresar en el organismo una sustancia nociva u otra inofensiva, pero perjudicial en altas dosis ⁽¹⁾. Dicho de otro modo se puede considerar que la intoxicación es toda sustancia natural o sintética (química) que al ser introducida en el organismo por cualquier vía, oral, respiratoria, dérmica u originada en su interior (toxinas) cause o pueda causar daños o alteraciones en las funciones vitales de ese organismo, siendo parciales o letales de acuerdo al grado de toxicidad del mismo.

Según datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) en todo el mundo hubo un millón de intoxicaciones accidentales con plaguicidas de los cuales el 75% fueron causadas por elementos órganofosforados, de igual manera el 70% eran imperativos a exposiciones ocupacionales, destacando además que el 90% de las muertes atribuidas por órganofosforados se han presentado en países en vías de desarrollo.

Visto de esta manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000), plantea que "en este continente, especialmente en Latinoamérica, los casos de personas intoxicadas con órganofosforados, como producto del uso indiscriminado y sin medidas de seguridad ha presentado una proporción elevada de estas intoxicaciones en menores de 14 años", lo que se traduce como un problema adicional de salud pública

(1) [Http. // WWW. Monografías. Com.](http://WWW.Monografías.Com) Trabajo por intoxicación por órganofosforados

La intoxicación en nuestro medio ha ido aumentando gradualmente el hospital provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, es el centro de urgencias de mayor complejidad en nuestra área de salud. Sin embargo existen errores de atención al paciente intoxicado, que si bien no ponen en peligro la vida del paciente si provocan serias complicaciones y un mal uso de recursos hospitalarios.

Esto es producto de una deficiente capacitación en toxicología, déficit de recursos materiales y a la inexistencia de antídotos para cada tipo de intoxicación.

En el primer semestre del año 2005 en el hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo se atendieron un total de 86 casos de intoxicación por organofosforado de estos 2 fallecieron, por alcohol 70 casos, y por alimentos 18.

La situación planteada se considera preocupante, debido a que este tipo de pacientes requiere ser tratado con celeridad, en cuanto a que las primeras 4 a 6 horas son consideradas como las más críticas en el envenenamiento agudo, ya que este estado, podría ocasionar hasta la muerte, en consecuencia, estos pacientes deben ser manejados con criterios muy bien definidos y acertados, para lograr su recuperación.

Lo antes expuesto, permite acotar que el paciente intoxicado con organofosforados, depende totalmente del equipo de salud de las áreas de emergencias y es, generalmente, el personal de enfermería el que se enfrenta a las 6 primeras horas decisivas, aplicando medidas generales y específicas, las cuales necesitan estar reforzadas por una serie de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos que permiten que la intervención de enfermería sea la más científica y por ende, proporcionar cuidados óptimos logrando una evolución satisfactoria mediante la identificación de las necesidades requeridas.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON INTOXICACIÓN QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE DR. “VERDI CEVALLOS BALDA “ DE LA CIUDAD DE POROVIEJO DURANTE LOS MESES AGOSTO DEL 2005 A ENERO DEL 2006?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica dada la importancia de realizar un estudio relacionado a determinar la intervención que aplica el personal de enfermería de la unidad de emergencia, para brindar atención a pacientes intoxicados, además proporcionar alternativas que redunden en el beneficio de la salud del paciente en el cual interviene el personal de enfermeras(os) y la institución.

Se decidió estudiar durante el periodo de 6 meses al personal de enfermería en el servicio de emergencia para conocer su intervención en la atención a pacientes con intoxicación, esta conlleva a mejorar y disminuir los índices morbimortalidad

Esta situación planteada, permite considerar que este tipo de pacientes requiere una atención inmediata y una valoración continua que permita identificar las características y sintomatologías de su patología, para así prestar las medidas tanto generales como específicas que éste requiera, y de esta manera evitar complicaciones en la evolución del cuadro clínico del paciente disminuyendo así, la estadía hospitalaria y reincorporándolo a la sociedad.

Los beneficios que el presente estudio ofrece al equipo de salud, específicamente al personal de enfermería que brinda cuidados a pacientes intoxicados, se centra en los conocimientos, en la aplicación de la intervención de enfermería adecuada, proporcionando así cuidados especializados y de alta calidad.

El análisis y el estudio de la información que posee el personal de enfermería en la atención y aplicación de protocolos de atención al paciente intoxicado, conllevan a la unificación de criterios bien definidos y basados científicamente, que requieren ser brindados a este tipo de pacientes, con mayor eficacia, logrando así resultados positivos.

Debe señalarse, que a medida que el paciente evolucione de forma satisfactoria permanece menos tiempo hospitalizado, representando un ahorro considerable a la institución y a su vez genera la posibilidad y capacidad de atención a un número

mayor de personas que requieran del servicio hospitalario. Cabe considerar por otra parte, que el paciente intoxicado , es considerado un paciente crítico, por lo cual amerita ser atendidos en unidades especializadas, con equipos médicos y de enfermería que brinden una buena calidad de atención .

La realización de este trabajo basado en un aporte científico y estadístico servirá para conocer los resultados relevantes en nuestro medio y dejaran un campo abierto para futuras investigaciones que ayudaran a mejorar la intervención de enfermería en caso de intoxicaciones.

En conclusión la presente investigación brinda a las investigadoras un enfoque de la intervención que brinda la enfermera a pacientes con intoxicación ya que los únicos beneficiarios serán los pacientes

OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar la intervención que el personal de enfermería brinda en la atención al paciente intoxicado que ingresa al servicio de emergencia del hospital provincial docente “Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo durante Agosto del 2005 a Enero del 2006.

ESPECIFICOS:

- Observar la intervención de enfermería en relación a los protocolos de atención a pacientes que ingresan, según el tipo de intoxicación, órganos fosforados, alimentos y alcohol.
- Determinar la incidencia del tipo de intoxicaciones de los pacientes que llegan al servicio de emergencia-
- Identificar las causas que predisponen a la intoxicación de pacientes por órganos fosforados
- Determinar los factores que inciden en la atención que brinda el personal de enfermería al paciente intoxicado por órgano fosforado.
- Reformular los protocolo de atención de enfermería en pacientes intoxicados por órganos fosforados. Alimentos y alcohol.

MARCO TEORICO

INTOXICACIÓN

Es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica (veneno) que causa lesión o enfermedad y en ocasiones la muerte⁽²⁾.

El grado de toxicidad varia según la edad, sexo, estado nutricional, vías de penetración y concentración del toxico.

Un Tóxico es cualquier sustancia sólida, líquida o gaseosa que en una concentración determinada puede dañar a los seres vivos. Estos pueden ser muy variados; los encontramos en plantas, animales, serpientes, peces, insectos, microbios, en gases naturales y artificiales, en sustancias químicas e incluso en medicamentos que según la dosis pueden actuar tóxicamente.

Un Tóxico es cualquier sustancia que a una determinada concentración produce efectos dañinos en los seres vivos [*Intoxicación*].

Las intoxicaciones o envenenamientos pueden presentarse por:

- Dosis excesivas de medicamentos o drogas.
- Almacenamiento inapropiado de medicamentos y venenos.
- Utilización inadecuada de insecticidas, plaguicidas, cosméticos, derivados del petróleo, pinturas o soluciones para limpieza.

⁽²⁾ CERNADAS, C: Aspectos clinicos Edit. PANAMERICANA. 2da. Edición. Buenos Aire-Argentina. 1998.

- Por inhalación de gases tóxicos.
- Consumo de alimentos en fase de descomposición o de productos enlatados que estén sopladados o con fecha de consumo ya vencida.
- Manipulación o consumo de plantas venenosas.
- Ingestión de bebidas alcohólicas especialmente las adulteradas.

Los venenos que una persona puede ingerir se los clasifica: De origen mineral, vegetal y animal y de consistencia sólida, líquida y gaseosa

MINERAL: Fósforo, cianuro, plomo, arsénico, carbón, plaguicidas, insecticidas, derivados del petróleo.

VEGETAL: Hongos, plantas y semillas silvestres.

ANIMAL: Productos lácteos, de mar y carnes en malas condiciones o por sensibilidad a estos productos.

OTRAS: Muchas sustancias que son venenosas en pequeñas cantidades pueden serlo en cantidades mayores. El uso inadecuado y el abuso de ciertos fármacos y medicamentos como las pastillas para dormir, los tranquilizantes y el alcohol, también pueden causar intoxicación o envenenamiento.

Entre las vías de ingestión del toxico tenemos:

POR VIA RESPIRATORIA: Inhalación de gases tóxicos como fungicidas, herbicidas, plaguicidas, insecticidas, el humo en caso de incendio; vapores químicos, monóxido de carbono, (que es producido por los motores de vehículos); el bióxido de carbono de pozos y alcantarillado y el cloro depositado en muchas piscinas así como

los vapores producidos por algunos productos domésticos (pegamentos, pinturas y limpiadores).

A TRAVÉS DE LA PIEL: Por absorción o contacto con sustancias como plaguicidas, insecticidas, fungicidas, herbicidas; o los producidos por plantas como la hiedra, el roble entre otros.

POR VIA DIGESTIVA: Por ingestión de alimentos en descomposición, sustancias cáusticas y medicamentos.

POR VIA CIRCULATORIA: Un tóxico puede penetrar a la circulación sanguínea por:

Inoculación: Por picaduras de animales que producen reacción alérgica como la abeja, la avispa y las mordeduras de serpientes venenosas.

Inyección de medicamentos: Sobredosis, medicamentos vencidos o por reacción alérgica a un tipo específico de medicamentos.

Según la naturaleza del tóxico, la sensibilidad de la víctima y la vía de penetración, las señales pueden ser:

- Cambios en el estado de conciencia: delirio, convulsiones, inconciencia.
- Dificultad para respirar.
- Vómito o diarrea.
- Quemaduras al rededor de la boca, la lengua o la piel, si el tóxico ingerido es un cáustico, como: sustancias para destapar cañerías o blanqueadores de ropa.
- Mal aliento por la ingestión de sustancias minerales.
- Pupilas dilatadas o contraídas.
- Dolor de estómago.
- Trastornos de la visión (visión doble o manchas en la visión).⁽²⁾

ATENCIÓN DE LAS INTOXICACIONES

GENERAL

- Si usted sospecha que alguien está intoxicado trate de averiguar el tipo de tóxico, la vía de penetración y el tiempo transcurrido. ⁽³⁾
- Revise el lugar para averiguar lo sucedido y evite más riesgos.
- Aleje a la víctima de la fuente de envenenamiento si es necesario.
- Revise el estado de conciencia y verifique si la víctima respira y si tiene pulso.
- Si la víctima esta consciente hágale preguntas para tener mayor información.
- Afloje la ropa si está apretada, pero manténgala abrigada.
- Si presenta quemaduras en los labios o en la boca, aplíquese abundante agua fría.
- Si presenta vómito, recoja una muestra de éste para que pueda ser analizado.
- Mantenga las vías respiratorias libres de secreciones.
- Colóquela en posición de seguridad o boca abajo, para evitar que el veneno vomitado sea ingerido nuevamente o pase a las vías respiratorias.
- Busque y lleve los recipientes que estén cerca de la víctima a una institución de salud, para que su contenido sea analizado. Generalmente cerca de la víctima se encuentra el recipiente que contiene la sustancia tóxica.
- Si está seguro del tipo de tóxico ingerido y está indicado provocar vómito, hágalo, introduciendo el dedo o el cabo de una cuchara hasta tocar la úvula (campanilla

- **Evite provocar el Vómito en los siguientes casos:**

- Si observa quemaduras en los labios y boca.
- Si el aliento es a kerosén, gasolina o derivados.
- Cuando las instrucciones del producto así lo indique.
- Si está inconsciente o presenta convulsiones.
- Si han transcurrido más de dos horas de haber ingerido el tóxico.
- Si ha ingerido ácido sulfúrico, ácido nítrico, soda cáustica o potasa.
- Traslade la víctima lo más pronto posible a un centro asistencial.

ATENCION ESPECÍFICA DE LAS INTOXICACIONES

VIA RESPIRATORIA

- Si es posible, cierre la fuente que produjo la intoxicación.
- Retire la víctima del agente causal.
- Abra ventanas y puertas para airear el recinto.
- Quitele la ropa que está impregnada de gas y cubrala con una cobija.
- Prevenga o atienda el shock.
- Si se presenta paro respiratorio, dé respiración de salvamento utilizando protectores.

- Evite encender fósforos o accionar el interruptor de la luz, porque puede provocar explosiones.
- Trasládela a un centro asistencial.

A TRAVES DE LA PIEL

- Coloque la víctima debajo del chorro de agua teniendo aún la ropa, para eliminar la sustancia tóxica.
- Evite que su piel entre en contacto con la ropa de la víctima, por que puede intoxicarse, colóquese guantes.
- Retírela la ropa mojada y continúe bañándola con abundante agua y jabón.
- Si hay lesión, trátela como una quemadura.
- Mantenga las vías respiratorias libres.
- Trasládela inmediatamente a un centro asistencial.

POR VIA DIGESTIVA

- Induzca al vómito únicamente en caso de ingestión de alcohol metílico o etílico y alimentos en descomposición.
- Déle leche.
- Controle la respiración.
- Si hay paro respiratorio o para cardíaco aplique la respiración de salvamento o reanimación cardiopulmonar, según sea el caso.

- Si la víctima presenta vómito recoja una muestra para que pueda ser analizada.
- Traslade la víctima a un centro asistencial.

POR VIA CIRCULATORIA

Remita la víctima a un centro asistencial lo más pronto posible.

- Dé atención de acuerdo a las manifestaciones que se presenten.

SI EL TOXICO PENETRO EN LOS OJOS

- Separe suavemente los párpados y lave con agua corriente, mínimo durante 15 minutos.
- Cubra los ojos con una gasa o tela limpia, sin hacer presión
- Remítala al oftalmólogo.

⁽³⁾ LOWDERMILK- PERRY- BOBAT: Enfermería en aspectos clínicos. HARCOURT. 6TA. Edición. España, 2001

EMERGENCIAS POR INTOXICACIÓN

Reconocer el problema.

El envenenamiento puede ser obvio; ⁽⁴⁾ es evidente cuando se ve al intoxicado sentado en el suelo, rodeado de medicamentos y con una cápsula a medio masticar en la boca. En otros casos, cuando se sospecha un envenenamiento, hay que buscar ciertas señales: quemaduras o enrojecimiento alrededor de la boca y los labios que puedan indicar que se ha bebido algún tóxico; aliento que huela a productos químicos (gasolina o disolvente); quemaduras, manchas u olores en el propio afectado, en su ropa o en los muebles, el suelo, las alfombras u otros objetos de la zona donde jugaba o trabajaba, además de dificultad para respirar, vómitos u otros síntomas inesperados.

Hay que tener en cuenta que existen otros trastornos que presentan síntomas parecidos, como los colapsos, la intoxicación alcohólica, la apoplejía y la reacción insulínica.

Si no se comprueba fácilmente que la víctima se ha envenenado, no hay que tratarla como si lo estuviera. De todos modos, hay que requerir asistencia médica enseguida. Mientras llega ésta, hay que poner al paciente lo más cómodo posible, seguir el tratamiento que se expone a continuación y practicarle la reanimación artificial si su respiración se hace lenta o se detiene.

Tratamiento de emergencia

Cuando existan evidencias de que se trata de una intoxicación, hay que proceder del siguiente modo:

- **Darle de beber un vaso de leche o de agua.** El líquido retrasará la absorción del veneno por el organismo. Sin embargo, si la persona está muy débil, aletargada, inconsciente o tiene un ataque, no hay que forzarla a beber.
- **Llamar al médico enseguida.** Si no se tiene a mano su número de teléfono, buscarlo ahora mismo y anotarlo para cuando sea preciso. Algunas de las preguntas que hará el médico son: ¿Qué ha sucedido?, ¿Quién es la víctima?, ¿Si está consciente?, ¿Si ha vomitado?, ¿Cuál ha sido el veneno ingerido?, ¿Cuánto líquido ha ingerido?, ¿Qué ha hecho hasta ahora? y ¿Cuándo ha sucedido?
- **¿Hay que provocar el vómito?** En algunos tóxicos, sí; en otros como en los derivados del petróleo, ácidos y álcalis, no. Si no se sabe qué sustancia se ha ingerido, no hay que provocarlo.

Si el médico lo aconseja, debe hacerse de inmediato, introduciéndole un dedo en la parte posterior de la boca hasta tocar el fondo de la garganta (si el niño es mayor, puede ser más fácil que lo haga él mismo) o darle jarabe de ipecacuana, si se tiene a mano (debería de haberlo en el botiquín de toda casa con niños). La ipecacuana es un emético (vomitivo) que elimina el veneno del estómago. Si no se tiene otra cosa, hay que darle un vaso de agua caliente con una cucharada sopera de mostaza molida o con tres cucharadas de las de café con sal.

Cuando se provoca el vómito o éste se produce espontáneamente, hay que asegurarse de que la persona no inhala (aspira) el vómito en sus pulmones. Si se trata de un niño pequeño, se le puede mantener sobre las rodillas, boca abajo. Las personas mayores deben inclinarse hacia delante o acostarse boca abajo, con la cabeza colgando fuera del borde de la cama. En cualquier caso, la boca debe quedar a un nivel más bajo que la cintura. Cuando ya haya vomitado, se le dará leche o agua.

- **Vigilar sus signos vitales y los cambios que presente.** Si deja de respirar, habrá que practicarle reanimación cardiopulmonar y tratarle el shock. Si el tóxico le ha salpicado los ojos, la piel o la ropa, hay que quitarle la ropa manchada y limpiarle con agua los ojos y la piel, procurando que tenga los ojos abiertos mientras se le lavan.
- **Llevarlo enseguida a un servicio de urgencias.** Si no se le puede llevar, pedir una ambulancia y llevar también el frasco o paquete que contenía el tóxico. Si no se sabe cuál ha sido éste pero la persona ha vomitado, llévese una muestra del vómito para su análisis.

⁽⁴⁾ MSP. Normas de atención. Editorial .Edibosco. Quito-Ecuador, 1999

EPIDEMIOLOGIA DE LAS INTOXICACIONES

Las intoxicaciones es un problema clínico epidemiológico y de salud pública, por lo tanto un problema de la sociedad, del ambiente y humano, que afecta la vida, salud, enfermedad y produce muerte.

Las causas del problema entendidas como la calidad de vida generan los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad por esta causa.

Las características epidemiológicas de las intoxicaciones muestran un problema integral y multifacético, que requieren un control adecuado con acciones de protección de salud, prevención de intoxicaciones tratamiento de la persona intoxicada y rehabilitación de la misma, porque la intoxicación no es solamente el desequilibrio que causas la presencia de una sustancia tóxica en el organismo una persona sino es producto de su mundo de existencia. En razón de esto la causalidad epidemiológica considera lo siguiente:

Causalidad social: La producción actual agropecuaria, industrial y minera, que usa una gran cantidad de tóxicos sólidos, líquidos y gases o que los elimina y con muy poco control durante el proceso de producción, predispone a las personas a estar en contacto directo en su trabajo y a otras en forma indirecta (consumo de alimentos contaminados) y a vivir con un riesgo epidemiológico para padecer intoxicaciones agudas o crónicas.

Cultural: Los conceptos, actitudes y conductas especialmente ligadas a la enfermedad y muy pocas a la salud contribuyen a que el contacto de las personas con los tóxicos se haya convertido en una forma normal de vivir con el riesgo y obviamente a padecer intoxicaciones.

Consumo de bienes y servicios: En la alimentación, desde la producción hasta la ingesta, hay claros ejemplos de intoxicación, en la vivienda se usan tóxicos para fumigar que pueden afectar a la salud de los que en ella habitan, la educación en general no consideran a las intoxicaciones como un problema de la gente actual, ni

se enseña desde la niñez a evitar el contacto y mal uso involuntario e involuntario de los tóxicos que pueden producir la muerte. El transporte contaminante es una gran fuente de contaminación y producción de intoxicaciones masivas como en el uso del plomo en las gasolinas y de productos de combustión y la atención de salud no ha priorizado a las intoxicaciones como unos de los grandes problemas de salud publica de la vida moderna.

Ambientales: El daño al ecosistema, agua, aire, suelo y al ecosistema artificial, desarrollo y áreas de producción, cada vez es mayor por uso y abuso de tóxicos, es un problema serio del desarrollo sustentable.

Biológicas: Son riesgos colectivos o individuales que afectan al organismo y mentales por contacto o ingesta de tóxicos, se relaciona con otras características como género y edad.

Calidad de vida: Las generalidades expuestas son riesgos epidemiológicos, que no son iguales para todas las personas. Las intoxicaciones dependen de la calidad de vida y son mas graves y frecuentes y la muerte es más frecuente y temprana en las que presentan menor calidad de vida, con consecuentes perfiles epidemiológicos.

Perfiles epidemiológicos: En un estudio realizado en 195 pacientes atendidos en el hospital Vicente corral Moscoso con diagnostico de intoxicación, los tóxicos que con mas frecuencia causan son los órgano fosforados 50.2% y medicamentos 12.6%, que hacen un 72.8%. El 19.1% se distribuye con frecuencia menores en Carbamatos, formol, bupiridilos, cumarínicos, disolventes, alcohol etílico, cáusticos y en un 8.1% corresponden al resto de tóxicos.

El sexo masculino es algo mas afectado 56% que el femenino, la edad mas frecuente de intoxicaciones esta entre 15 y 25 años 35%, y entre 15 y 30 años ocurren el 75%, esto demuestra que es un problema de adolescentes y adultos jóvenes, la intoxicaciones mas frecuente es la voluntaria 85% entre las que debe incluirse el

intento de suicidio, que además evidencia problemas integrales de salud pero hay relación con uso inadecuada de productos químicos en el trabajo y etiquetado inadecuado en los domicilios especialmente. El 69% de intoxicados reciben atención psiquiátrica que es una necesidad.

La letalidad intrahospitalaria el 2%, en las altas el estado mejorado es el 57% y curado el 35 %. En intoxicado por organofosforado el 60% presentaron intoxicación grado 1 y la manifestación clínica más frecuente es la miosis.

Lo expresado desde el criterio epidemiológico representa una integración clínico-epidemiológica para atender al intoxicado y prevenir las intoxicaciones con una práctica de salud médica y comunitaria que puede ser adaptada a los problemas locales y la integridad que constituye el problema de las intoxicaciones

MANEJO GENERAL DE LAS INTOXICACIONES

Muchas intoxicaciones son producidas por la ingesta de alimentos o bebidas de sustancias tóxicas en forma voluntaria o accidental. Los tóxicos dejados en lugares inapropiados, al alcance de menores, el uso de botellas de colas para guardar venenos o los envases vacíos de los plaguicidas para guardar alimentos son causas comunes de envenenamiento. ⁽⁵⁾

Los fines de semana y especialmente durante los meses de vacaciones y en época de fin de año, se presentan un mayor número de casos de intoxicaciones por licor (alcohol etílico) en adultos y niños a quienes le suministran los mismos adultos o por imitación a ellos, la exposición ocupacional es otra situación de riesgo, el contacto con sustancias potencialmente tóxicas y sin ningún tipo de control sanitario como los de microempresas domiciliarias que incumplen las normas mínimas de protección.

Las vías de penetración de los tóxicos en el organismo son diferentes, la más comunes es la digestiva, otras son la respiratoria (inhalación), dérmica y a través de mucosas.

La toxicidad de un agente depende de su potencial toxico, del órgano específico, de la capacidad del metabolismo del cuerpo humano, de la respuesta toxica generada por los diferentes químicos, que esta determinada por la velocidad de absorción, distribución, biotransformación y excreción en cada organismo.

Intoxicación aguda: La recolección de datos de familiares o de quienes estuvieron en contacto inicial con las victimas es importante porque orienta a la identificación del toxico, además de la presencia del frasco vacíos, sobre fundas y el ambiente en donde fue encontrado el intoxicado es de mucha ayuda, así como el tiempo transcurrido, antecedentes psiquiátricos e intoxicaciones previas.

No siempre es identificable el toxico por lo que en los servicios de salud debe recurrirse al uso de los toxídromos (conjunto de sintonías y signos generales), que orientan al diagnostico de la intoxicación. Siempre se recolectarán muestra del contenido gástrico, sangre y origina para examen toxicológico. Los toxídromos más importante son:

PRINCIPALES TOXÍDROMOS

Toxídromo	Posible agente toxico
Agitación, alucinaciones, hipertermia, midriasis, piel seca, rubicundez, taquicardia.	Escopolamina Atropina Agentes Anticolinérgico
Arritmia, cefalea, hiperactividad, midriasis con reflejo fotomotor conservado, taquicardia, HTA, hipertermia, sequedad de mucosas, alucinaciones, temor.	Anfetaminas.
Congestión pulmonar, diarrea y dolor abdominal, Fasciculaciones, lagrimeo, miosis y salivación	Organos fosforado Carbonatos Agentes colinergicos
Cefalea, epigastralgia. Vomito, incoherencia ataxia, nistagmus, palabra escandida, sueño y coma.	Barbitúricos Tranquilizantes
Acidosis, fiebre, hiperepnea, epigastralgia, sangrado,.	Salicilatos
Ataxia, signos extrapiramidales hipotensión postural, taquicardia, arritmias cardiacas	Fenotiazinas
Paciente azul(metahemoglobinemia)	Sulfas Paracetamol Vasodilatadores

Todo servicio de emergencia debe contar para el manejo de las intoxicaciones agudas con los siguientes insumos indispensables:

- Área para baño corporal.
- Monitor de signos vitales.
- Sondas nasogástricas de diferentes diámetros.
- Jeringas de 20 y 50cc .
- Cubetas .
- Soluciones hidroelecticas .
- Carbon activado.
- Antidoto de uso inmediato.

Medidas terapéuticas generales.

Todo paciente intoxicado debe ser ingresado para observación hospitalaria, durante un tiempo mínimo de 12 a 24 horas.

Las medidas de orden general minimizan el contacto del toxico con el organismo son las siguientes:

1. separar siempre al individuo del ambiente en el que se encuentra el toxico.
2. inducir el vomito como medida de elección en los pacientes conscientes y sin convulsiones, que no tengan quemaduras en boca y labios con menos de 4 horas de intoxicación, excepto en los casos de intoxicación por cáusticos, ácidos o álcalis, petróleo o sus derivados. El jarabe de ipecacuana es un inductor de vomito por irritación gástrica directa, la dosis es de 15cc en personas con peso inferior a 20Kg. Y 30cc en sujetos de mayor peso.

Posterior al primer vomito dar de beber leche o clara de huevo y producirle nuevamente vomito hasta que el contenido del mismo este limpio. A continuación dar a beber agua limpia o te en abundancia.

Si la persona no esta consciente esta contraindicado el vomito y puede recurrirse al lavado gástrico que no debe realizarse en las intoxicaciones por corrosivos, derivados del petróleo, agentes convulsivantes, cianuro, embarazo y en niños menores de 6 meses.

3. disminuir la absorción del toxico o veneno administrando carbón vegetal a dosis de 1g/Kg. de peso (Jiménez murillo recomienda 50 gr. Diluido en 300cc de agua) o pan quemado en ambos casos se realizara conjuntamente la producción de vomito y lavado gástrico. La eficacia del carbón activado resulta aumentada si posteriormente se utiliza un purgante salino para acelerar el transito intestinal. El carbón vegetal esta contraindicado en las intoxicaciones por cáusticos.

Para disminuir la absorción del paraquat se usa la tierra fuller, para el talio el azul de Prusia y para los digitálicos y antidepresivos tricíclicos la colestiramina.

4. Neutralizar, inactivar o destruir el toxico en la luz digestiva en reducido números de casos: Flumazenil para las benzodiazepinas, el etanol para el alcohol metílico, la atropina para los órganofosforados y Carbamatos.
5. en caso de intoxicación por piel:
 - desvestir al paciente, colocar la ropa en una bolsa plástica y eliminarla. No quemar.
 - Bañar al intoxicado con agua circulante que no se retenga en la añera, lavar bien las uñas y el pelo. Quien baña al paciente debe usar guantes.
6. acelerar la eliminación del toxico actuando en los procesos de excreción (riñón o bilis) o por técnicas especiales de diálisis peritoneal (hemodiálisis).
 - Usar diuréticos osmóticas que inhiben la reabsorción de agua en el túbulo proximal de la neurona (Manitol y urea) y consecuentemente del toxico.
 - La trampa iónica denominada también diuresis ácido alcalina se basa en la alteración del PH urinario.

La diuresis alcalina se obtiene administrando bicarbonato de sodio por vía venosa, que es útil en intoxicaciones por salicilatos, fenobarbital, metrotexato y fluor.

La diuresis ácida se realiza con ácido ascórbico o cloruro de amonio en intoxicaciones por estricnina, anfetaminas, quinina, quinidina, fenciclidina y bromuro.

La diuresis forzada neutra esta indicada en intoxicaciones por litio, paraquat, y talio.

- Acelerar extraordinariamente la eliminación de productos por la bilis con la administración de carbón activado a dosis de 30 a 50g. cada 4 a 6 horas durante dos días.

7. mantener las funciones vitales

- respiratoria: la medida fundamental es la asistencia mecánica si el caso lo amerita.
- Cardiovasculares: presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Administrar líquidos intravenosos y en caso de pérdida de tono vascular considerar el empleo de aminas presoras (metaminol, fenilefrina, noradrenalina).

8. mantener la paciente en posición lateral.

Esta contraindicado el uso de estimulantes centrales para revertir el estado de inconciencia del paciente.

Las 4 medidas básicas frente a una intoxicación son:

- evitar la mayor absorción del toxico.
- Eliminar el toxico.
- Neutralizar el toxico y la terapéutica sintomática.
- Mantener el estado general del paciente

⁽⁵⁾ Dr. MUÑOZ, Hernán, Dra. FEICAN, Astrid. Manual de intoxicaciones agudas. MSP. Cuenca. 1999

CAPITULO N° 2

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una simple ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, sin contemplar desde ningún punto de vista el conocimiento científico de la profesión, el cual nace con el florecimiento de la primera teoría de enfermería, quien sentó las bases de la enfermería como profesión, intentando definir, el aporte específico que prestaba la enfermería al cuidado de la salud.

Por tal motivo, hoy día el marco teórico de la enfermería es la armadura que circunscribe la realidad de una determinada forma de actuar, sentando las bases para guiar la profesión hacia sus diferentes funciones (docente, asistencial, administrativa e investigativa).⁽⁶⁾

Uno de los elementos más importantes, de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son:

- El Concepto de Hombre: individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia, o una muerte en paz
- El Concepto de Salud: se considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los componentes de los cuidados de enfermería
- El Concepto de Entorno: relación con la familia y la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados
- El Concepto de Enfermería: servicio de salud especializado en la atención de personas incapacitadas para la prevención de la calidad y cantidad de cuidados

Dado que el rol de la enfermería en el cuidado de la salud, proviene del contacto íntimo y sostenido que mantiene la enfermera (o) con el paciente, que tiene la responsabilidad de satisfacer las necesidades interferidas del individuo.

Por consiguiente el paciente intoxicado con órganofosforados, requiere de una atención específica e integral, ya que éste depende de la enfermera(o) para lograr restablecer su salud.

En la actualidad la enfermería ha venido utilizando sistemas teóricos y modelos conceptuales, para organizar el conocimiento, comprender el estado de salud del paciente y guiar su ejercicio profesional, es por ello que su enfoque ayuda a la enfermería en la interpretación de la salud del paciente y en la determinación de las estrategias apropiadas para el mantenimiento del mismo.

Analizando las distintas concepciones de la disciplina de enfermería, se pueden agrupar en seis escuelas; la escuela de las necesidades, la escuela de la interacción, la escuela de los efectos deseados, la escuela de la promoción de la salud, la escuela del ser humano unitario; partiendo todas del principio hacia la orientación de la persona, ahora bien la Escuela de las Necesidades es la que más se adapta y encaja de una manera muy especial al cuidado que se le debe brindar al paciente intoxicado con órganofosforados.

Las necesidades fundamentales, se basan en el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud, dichas necesidades son consideradas fundamentales y prioritarias para el individuo sano o enfermero. En el momento en que éstas, por cualquier causa, dejan de satisfacerse, el ser humano comienza a deteriorar su nivel de vida, pues por sí solo no logra preservar su bienestar mental y mucho menos su bienestar fisiológico., el individuo cada día presenta más carencias, se ve imposibilitado de actuar y de mantenerse satisfactoria mente como un ser humano útil a la sociedad, es allí donde la enfermera(o) juega un papel importante.

La enfermera debe ayudar al paciente a satisfacer las necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera – paciente, Henderson identifica tres niveles de función:

1. **Enfermera sustituta** (compensar lo que le falta al paciente);
2. **Enfermera ayudante** (establece las intervenciones clínicas);
3. **Enfermera compañera** (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud)

De acuerdo a lo antes expuesto se denota la importancia que tiene el establecer una relación directa con el paciente, ya que esta va a permitir que la enfermera(o) contribuya con el paciente a satisfacer las necesidades básicas que todo individuo demanda.

Los elementos más importantes de su teoría:

- a) la enfermera(o) asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz;
- b) introduce y desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud;
- c) identifica las necesidades humanas básicas que componen "los cuidados de enfermería", las cuales pueden o no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo de vida, incidiendo en ellos factores físicos, psicológicos o sociales.

Cabe mencionar que el paciente intoxicado con organofosforados, en sus generalidades adolece de la posibilidad de satisfacer el 90% de sus necesidades, convirtiendo las mismas en interferidas, las cuales han de ser satisfechas a través de los cuidados de enfermería.

Estas necesidades se caracterizan por respirar con normalidad, comer y beber adecuadamente, eliminar los desechos del organismo, movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, mantener la temperatura corporal y mantener higiene

corporal ya que el paciente se encuentra en un estado crítico, la mayoría de ellos sometidos a ventilación mecánica y soporte hemodinámica que le van a permitir preservar la vida, claro esta con la colaboración del personal médico y de enfermería.

Generalmente estas necesidades se encuentran satisfechas por el individuo mismo, cuando éste posee el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando alguno de estos factores falla en el individuo, ciertas, por no decirse la mayoría de sus necesidades no son satisfechas, generando así lo que se llamaría un problema de salud. Es ahí en este punto de la vida del individuo cuando interviene la enfermera (o) ayudando al paciente a cubrir sus necesidades.

"la enfermera (o) debe ayudar al paciente... a través de la formación de una relación enfermera – paciente.

Se exponen los tres niveles de función de la enfermera(o) como lo sugiere Henderson (en el caso del paciente intoxicado con organofosforados

NIVELES DE FUNCIÓN

FUNCIONES	ACTIVIDAD
Enfermera Sustituta	Satisface necesidades interferidas: Vías aéreas permeables, dar cambios posturales, bebida y alimentación adecuada, entre otras.
Enfermera Ayudante	Jerarquiza las actividades clínicas relacionadas con el paciente
Enfermera Compañera	Mantiene relación con el paciente y con sus familiares

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo, sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: los permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física) y los variables (enmarcados en los llamados estados patológicos [falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, temperaturas del cuerpo marcadamente anormales, estados febriles agudos, entre otros

⁽⁶⁾ [Http. // WWW. Monografías .com](http://WWW.Monografías.com). Rol de enfermería en pacientes intoxicados organofosforados

CALIDAD DE ATENCION

Se considera la calidad de atención como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios por medio de soluciones optimas a nivel técnico a un costo accesible teniendo en cuenta los recursos disponibles. ⁽⁷⁾

Para conseguir la calidad de una institución debe tomar en cuenta los atributos para esta que son: la competencia profesional los cuales además de incluir las actitudes técnicas para actividades, implica también que cada trabajador tenga valores éticos para la prestación de servicio. La accesibilidad del servicio que se traduce en la ausencia de barreras de todo tipo sea económica, geográfica y cultural.

La satisfacción del usuario interno y externo considerándose en estos a los empleados y a los usuarios respectivamente; siendo influidos por la información ya que tanto el personal de la institución como el usuario se sentirán mas satisfechos actuando basándose en datos concretos sobre la atención a brindar y el objetivo de cada uno para el empleo y el conocimiento sobre los pasos a seguir para obtener la atención requerida por y para el usuario.

PRINCIPIOS BASICOS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD.

Para que la institución funcione con calidad total, tiene que aplicar los siguientes principios:

1. Orientar al usuario.
2. Calidad es lo primero.
3. Necesidad de compromiso de alta gerencia.
4. Satisfacción del usuario.
5. Actuar en base a datos.
6. Respuesta rápida.
7. Acción orientada a lo vital y no a lo demasiado trivial.
8. Establecer estándares para el control.
9. Cada trabajador es su propio supervisor.

Si se hace conciencia sobre estos principios básicos y se trabaja en conjunto con todo el equipo de salud teniendo una clara visión sobre el tipo de institución que requiere en el futuro, basándose esta visión en los deseos y necesidades de los usuarios respetando los valores de los profesionales se lograría alcanzar una calidad de atención excelente.

El enfoque teórico que gira alrededor de la investigación es la calidad de atención de enfermería en donde se hace necesario analizar varios aspectos como:

1. NIVELES DE ATENCION.

La labor de enfermería esta orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere una actividad concreta para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, si no también hacia el individuo sano en el área de la salud, la labor de enfermería comprende tres niveles.

-Nivel primario.- Encaminado al mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, este nivel básico implica una actividad de enfermería asistencial y pedagógica y se encuentra en la comunicación acerca de la importancia de la salud y sobre la responsabilidad individual, familias o comunidad para mantenerla, así en la oportuna información sobre los eventuales peligros que pueden amenazar a la salud y los medios que pueden emplearse para conservar un estado óptimo de bienestar.

-Nivel secundario.- Corresponde a las intervenciones asistenciales curativas que tienen por objeto tratar los problemas de salud ya establecidos o potenciales mediante la elaboración e instauración de un plan de acciones de enfermería destinado a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones.

- Nivel terciario.- Dirigido a la rehabilitación y corresponde a las intervenciones de enfermería orientadas hacia el apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud.

2.- ASPECTOS DE LA ATENCIÓN

La enfermería ha tenido una calidad de enseñanza que se destaca mejor en los aspectos de la atención al atender los pacientes, la enfermera ayuda a llevar a cabo actividades que normalmente harían por sí mismo si fueran capaces, la gran parte de las actividades de enfermería se relacionan con la vida diaria del enfermo. Parte de esta atención consiste en proporcionar comodidad, apoyo al paciente y a sus familiares.

NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE.

Ciertas necesidades básicas son comunes a todos los individuos y se precisa su satisfacción. Esta se realiza de conformidad con el grado de prioridad que le corresponde. Este enfoque de satisfacción por prioridades se refleja en la jerarquía de necesidades de MASLOW donde reclasifican las necesidades humanas como fisiológicas, de seguridad física, psicológica, de pertenencia y afecto.

Necesidad fisiológica: Predominan en la motivación de la conducta humana y dan lugar a los mecanismos que conservan la homeostasia o sea la regulación constante del medio interno de un organismo, incluyen la regulación de las funciones de respiración, nutrición y excreción, también abarca necesidades como reposo y sueño.

Necesidad de Seguridad Física y Psicológica: Si se satisfacen las necesidades fisiológicas, pasa a primer plano la preocupación por la seguridad y protección, es decir la seguridad psicológica y física. El adulto normal puede protegerse a sí mismo y es normal que no sienta peligro. El enfermo tal vez este inquieto como respuesta a la continua entrada a su cuarto de muchas personas cuyas funciones desconoce.

Las pruebas diagnosticas y los procedimientos terapéuticos quizás contribuyen a aumentar sus temores, anhela sentirse seguro y protegido, aunque quizás no lo exprese en sus términos, desea que el personal asistencial este consiente de su ansiedad, a fin de proteger al paciente contra los peligros. La enfermera debe conocer su enfermedad y cualquier complicación posible, si surgen a de estar capacitada para atenderlos.

Necesidad de pertenencia y afecto: Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad del paciente, resultan evidentes las de pertenencias y afectos, toda persona enferma o sana desea la compañía y la aceptación de otras, un enfermo quiere y necesita estar con sus familiares, o en ausencias de estos sus amigos. Las enfermeras sensatas siempre tienen en su mente esta necesidad. Sin importancia en el estado de ánimo del paciente, una forma de lograr su satisfacción es ayudar a que los familiares sientan que hacen una aportación clara ala recuperación del paciente.

Necesidad de autoestima y respeto de si mismo: El hombre por naturaleza es un ser social que aborrece el aislamiento, las enfermedades lo alejan del mundo en que acostumbra a convivir y los trasplanta a una ambiente extraño y desconocido en el que se siente incompetente y solo.

Después de ser un miembro activo en su sociedad, al estar enfermo debe aceptar una posición de dependencia, así pues necesita ayuda para conservar su autoestima, procure que se lo acepte como individuo sin una personalidad propia, las enfermeras si están convencidas del concepto del valor de cada persona y la dignidad del hombre, buscan que satisfaga tal necesidad , dedica tiempo a escuchar al paciente en la medida que este lo desee y sea posible conversar con el, muestran interés por todos los asuntos que les parece importantes, su actitud atenta y amable, transmite al paciente el mensaje que le estima que se toman en cuenta sus problemas y necesidades.

Necesidad de Realización Personal: Maslow considera que el 1% de los adultos logra la realización personal a lo largo de sus vidas, tal realización quizás no sea posible para personas que viven en ambientes de pobreza o privación emocional.

Necesidad de Conocer y Comprender: Esta es una motivación considerable, cualquier persona inteligente busca información, la organiza, analiza y trata de entender su significado. En términos generales, los pacientes desean saber que les espera y se ven frustrados por explicaciones demasiadas breves o vagas.

Muchos pacientes tienen conocimientos sorprendentes amplios sobre el funcionamiento del cuerpo, sin embargo aunque parte de la información que tienen puede ser correcta, es probable que otra sea errónea y suelen necesitarse correcciones o aclaraciones. Tal instrucción es responsabilidad de la enfermera y una de las funciones importantes de su profesión a fin de enseñar correcta y eficazmente, la enfermera debe tener conocimientos amplios sobre el tema, para la comunicación y conocimientos de los mecanismos básicos del aprendizaje.

CALIDAD

Es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios por medio de soluciones óptimas a nivel técnico a un costo accesible, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Evaluación de los Conceptos De Calidad.

Esta definición de calidad es el resultado de una evolución de los conceptos de calidad en la industria y los servicios de salud.

Derming. 1979

“Hacer lo correcto de manera correcta, con oportunidad”

Donabedian, 1980

“La calidad del cuidado técnico consiste en la aplicación de la ciencia médica y su tecnología de una manera que aumenta al máximo los beneficios para el cuidado de la salud sin aumentar los riesgos”

Roemer y Montoya Aguilar, OMS, 1988

“El desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que puede costear la sociedad en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.

Palmer, 1989

“Provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo. Teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

Dimensiones y Atributos de la Calidad.

Atributos de la Calidad.

Para conseguir la calidad en una institución, se debe tomar en cuenta los siguientes atributos:

- La competencia profesional Se aplica a las actitudes técnicas, interpersonales y administrativas de los diagnósticos y de tratamiento, así como las relaciones con el enfermo, también se incluyen actitudes técnicas para las actividades de prevención y recuperación de salud comunitaria. Implica también que cada trabajador tenga valores éticos para la prestación del servicio.
- La accesibilidad del servicio: Se traduce en la ausencia de barreras de todo tipo: Económicas, geográficas sociales, culturales lingüísticas, también hay que considerar la eficiencia de la organización administrativa y el comportamiento individual del personal. Los siguientes tres podrían describir las condiciones de accesibilidad.

-Costo económico: El precio directo (pago) y el costo indirecto (tiempo, transporte, ingreso perdido) para el usuario.

- **Facilidad de acceso:** geográfico, de horarios, de información para poder hacer uso del servicio.

- **Aceptación:** cultural, lingüística, racial del usuario en la organización del servicio.

ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

Para mejorar la calidad de una institución (hospital, área de salud etc.) se necesita una visión clara del tipo de institución que se quiere en el futuro. Esta visión se basará en los deseos y necesidades de los usuarios externos, respetando los valores de los usuarios internos (profesionales, trabajadores y empleados de la institución), será definida por los directivos, conocida y compartida por todos.

Para lograr esta visión, se necesita definir la misión de la institución, es decir la definición del servicio que debe prestar la institución a los usuarios preferidos.

La misión define la razón de ser de la institución.

Para lograr la visión y cumplir con ella, se definirá líneas estratégicas de acción a largo plazo. Estas se basan con un análisis de las fuerzas conducentes o resistentes al cumplimiento de la misión.

¿QUE ES LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

En los servicios de salud hay dos tipos de calidad.

Técnica.- Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la amplían (médicos, enfermeras, administradores) con su connovision y su formación académica, basadas en políticas, normas y protocolos.

Sentida.- Esta es la subjetividad de los usuarios que debe ser aplicada y expresada por ellos, corresponde a la satisfacción de su necesidad luego de la utilización de los servicios. La situación más crítica se presenta cuando uno tiene un producto deficiente, e ineficiente este es mucho de los servicios de salud publica.

Entonces calidad es el cumplimiento de las normas, técnicas pero también de las necesidades sentidas del usuario. Por tanto el impacto sobre la salud es el resultado de la calidad técnica de atención y de la calidad en la entrega del servicio.

Mejorar la calidad implica, implantar un proceso de la búsqueda de los medios que modifiquen la calidad de técnica de atención y aumentar la satisfacción sentida de los usuarios.

(7) Salazar. Fernando. Dr. Gerencia de calidad en salud. I edición. Organización Panamericana de la Salud. Quito.

CAPITULO N° 3

PLAGUICIDAS.

"Plaguicida es cualquier sustancia destinada a prevenir, destruir o controlar cualquier plaga, incluyendo los vectores de enfermedades humanas o de los animales, las especies no deseadas de plantas que causan perjuicio o interfieren con la producción." ⁽⁸⁾

Es por ello que los plaguicidas son principalmente utilizados en la agricultura, motivado a la variedad de plagas que puedan afectar a los cultivos o inclusive a los productos ya cosechados.

Algunos plaguicidas pueden utilizarse de manera específicas para protección de la salud pública como tratamiento de agua potable y piscinas, desinfectantes para instalaciones médicas y control de portadores de enfermedades como mosquitos y roedores, estos plaguicidas aportan particulares beneficios, especialmente en países en desarrollo.

CLASIFICACIÓN DE LOS PLAGUICIDAS

POR EL USO	1-Insecticida. 2-Rodenticidas 3- Herbicidas. 4- Funguicidas.
POR SU COMPOSICION QUIMICA.	<p>ORGANOS SINTÉTICOS:</p> Organosfosforado- organoclorados Carbamatos- piretroides otro (clorofenoxifenioles)
	<p>INORGANICOS:</p> Sulfúrales - Mercuriales- Arsenicales- Cianurales.
	<p>ORGANICOS NATURALES:</p> Piretro -Nicotina.

Los plaguicidas pueden ingresar al organismo por varias vías: oral, respiratorio y dérmicos. Desde el punto de vista laboral, las vías más comunes son las respiratorias y las dérmicas, en cuanto a la vía oral se estima que el ingreso más frecuente se presenta en intoxicaciones hogareñas por accidentes y en tentativas de suicidios

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS ORGANOSFOSFORADO

- Acción toxicológica. Inhibición de la colínesteraza.
- Vías de absorción. Oral, respiratorio y dérmica.

- **Síntomas y signos.**

- **Muscarínicos:** Miosis, náuseas, vómito, dolor abdominal, diarrea, diaforesis, abundante secreción (Sialorrea, secreción bronquial), pulso lento, pérdida de control de esfínteres, edema pulmonar, bloqueo cardíaco, visión borrosa, lagrimeo y disuria.

- **Nicóticos:** fasciculaciones. Debilidad muscular, calambres mialgia, y síntomas en el SN (ataxia, convulsiones, coma) y depresión cardiorrespiratoria.

El predominio de las manifestaciones nicotínicas sobre las muscarínicas determina la ausencia de miosis y puede aparecer taquicardia e hipertensión arterial.

El síndrome intermedio en intoxicación por organosfosforado ocurre entre la crisis aguda la neuropatía tardía por inhibición prolongada de la colinesterasa. Se caracteriza por parálisis respiratoria aguda, debilidad motora de pares craneales, debilidades de músculo flexores del cuello y proximales de las extremidades y depresión de los reflejos tendinosos. En 6 semanas se produce la recuperación completa.

- **Tratamiento.**

1. asistencia respiratoria y mantenimiento de vías aéreas permeables.
2. administración de oxígeno si hay cianosis y dificultad respiratoria, en caso grave intubación endotraqueal o traqueotomía.

3. lavado gástrico y/o dé la piel con abundante agua

4. atropina:

Inicial. En adultos y mayores de 12 años 0.4 a 2mg cada 10 mnt. IV o IV, y en menores de 12 años 0.05mg/Kg. de peso cada 15 minutos.

Mantenimiento. 1mg IV cada 15 minutos después del tratamiento inicial luego incrementar paulatinamente el tiempo de administración, hasta que aparezcan Signos de atropinizacion:

Rubicundez, sequedad de mucosas, y secreciones bronquiales.

No considerar como parámetro el tamaño de pupila y frecuencia cardiaca

5. oximas. Deben ser usadas en intoxicaciones por organosfosforados y contraindicada en Carbamatos. No reemplazan ala atropina pero acortan la dosis y el tiempo de terapia con este antídoto. (atropina).

6. diazepam según necesidades si se presentan convulsiones.

7. difenilhidramina (benadryl) 50mg / IV.

No administrar morfina, teofilina, aminofilina, furosemida, Fenotiazinas y barbitúricos.

▪ **Pruebas de laboratorio.**

Dosificación de colinesterasa sèrica. La muestra debe ser tomada antes de la administración de oxígeno. La actividad baja indica exposición al toxico.

Identificación de metabolitos del toxico en la orina.

ORGANOSFOSFORADO Y CARBAMATOS
Nombre comercial: cazador, karathne, malation, monitor, neguvon, namacur, pix, baygon, black flan cucarachicida, fura dan.
Presentación: líquida y sólida.
Vías de absorción: oral, piel, respiratoria. Diagnóstico: síntomas y signos. Diarrea, miosis, náuseas, diaforesis, vómito, Sialorrea, secreciones, dolor abdominal, incontinencia de esfínteres, mialgias, edema pulmonar, calambres, Fasciculaciones, debilidad muscular, ataxia, convulsiones, y coma.
Tratamiento. Mediadas generales Inducción del vómito, lavado gástrico y baño, oxigenoterapia, asistencia respiratoria, diazepam (si convulsiona). Benadryl.
Antídoto: atropina y oximas.
No administrar morfina, teofilina, aminofilina, furosemida, Fenotiazinas y barbitúricos.

(8) Dr. MUÑOZ, Hernán, Dra. FEICAN, Astrid. Manual de intoxicaciones agudas. MSP. Cuenca. 1999

ORGANOSFOSFORADOS COMO AGENTE INTOXICANTE.

Los plaguicidas o insecticidas utilizados principalmente para el control de insectos de cuerpo blando, están representados por dos compuestos químicos diferentes: plaguicidas organofosforados y Carbamatos. ⁽⁹⁾

La intoxicación producida por los primeros, causan trastornos graves en el organismo, que pueden ser letales, de acuerdo al grado de toxicidad y las complicaciones potenciales que se presenten. En efecto, los organofosforados son ésteres químicos derivados del ácido fosfórico o de sus análogos (fosfóricos, trifosfóricos, difosfóricos) compuestos de alta toxicidad para el hombre y otros sistemas de vida; son considerados los más tóxicos del mercado, debido a su acción casi irreversible sobre una enzima vital como lo es la colinesterasa, siendo el causante de numerosas intoxicaciones en el ser humano, en alguno de los casos son debido a suicidio o al mal uso o manejo de estos productos en situaciones laborales.

En la actualidad la mayor parte de los casos de intoxicación laboral se deben al hecho de que los trabajadores encargados de la aplicación de los plaguicidas expuestos a los mismos se rehúsan a cumplir con las recomendaciones de protección para la aplicación de dichos plaguicidas, tales como el uso de ropa gruesa, botas, mascararas, guantes, entre otros, así como las personas que realizan labores de cultivo y cosecha en los lugares que han sido fumigado en días anteriores, lo que puede generar entonces una intoxicación aguda.

Se han reportado casos de intoxicación con organofosforados por el mal manejo del producto, obviándose todo tipo de protección para su aplicación, así como, sus indicaciones para el almacenamiento, ya que los colocan en sitios no adecuados y en compañía de productos alimenticios, representando otra forma típica de envenenamiento

Cabe señalar por otra parte que, existen otras propiedades poco comunes de organofosforados específicos, que los pueden hacer más peligrosos de lo que los datos sobre toxicidad sugieren.: En el Malatión almacenado durante mucho tiempo se pueden formar otros productos que inhiben en gran proporción las enzimas hepáticas

que operan en el catabolismo del Malatión, aumentando así su toxicidad. Algunos organofosforados son excepcionalmente propensos a depositarse en el tejido graso, prolongando la necesidad de aplicar antídoto cuando el plaguicida almacenado es nuevamente liberado al torrente circulatorio.

Signos y Síntomas.

Es preciso recordar que los signos y síntomas de intoxicación aguda aparecen inmediatamente o en un lapso de $\frac{1}{2}$ - 1 hora después de la exposición al tóxico, se tiene pues, que el organofosforados causa la pérdida de la función enzimática, lo que permite la acumulación de la acetilcolina, impidiendo la transmisión normal de los impulsos desde las fibras nerviosas hasta los tejidos inervados. De allí pues que se producen ciertas manifestaciones clínicas, las cuales dependen del tipo de receptor donde actúe el tóxico. Pudiéndose observar así

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN

Tejidos Nerviosos y receptores Afectados	Sitio Afectado	Manifestaciones
<p>Fibras nerviosas postganglionares del sistema nervioso autónomo parasimpáticos (receptores Muscarinicos)</p>	<p>Glándulas exocrinas</p> <p>Ojos</p> <p>Tubo Digestivo</p> <p>Vías Respiratorias</p> <p>Sistema Cardiovascular</p> <p>Vejiga</p>	<p>Aumento de la salivación, transpiración.</p> <p>Miosis (puntiforme y no reactiva), visión borrosa, inyección conjuntival, "ojos sanguinolentos"</p> <p>Nauseas: vómito, inflamación y cólicos abdominales; diarrea;</p> <p>Secreciones bronquiales excesivas, rinorrea, jadeo, edema, sensación de estrechez en el tórax, broncoespasmo, broncocostricción, tos, bradipnea, disnea.</p> <p>Bradicardia, decremento de la presión arterial</p> <p>Frecuencia e incontinencia urinaria</p>

<p>Fibras del sistema nervioso autónomo parasimpáticas (receptores nicotínico)</p>	<p>Sistema Cardiovascular</p>	<p>Taquicardia, palidez, aumento de la presión arterial</p>
<p>Fibras nerviosas motoras somáticas (receptores de nicotina)</p>	<p>Músculos Estriados</p>	<p>Fasciculaciones musculares (párpados, músculos faciales finos), calambres, reflejos tendinosos disminuidos, debilidad muscular generalizada en los músculos periféricos y respiratorios, parálisis, tono flácido o rígido.</p> <p>Inquietud, actividad motora generalizada reacción a estímulos acústicos, temblor, labilidad emocional, ataxia.</p>
<p>Cerebro (receptores de acetilcolina)</p>	<p>Sistema Nervioso Central</p>	<p>Somnolencia, letárgia, fatiga, confusión mental, inhabilidad para concentrarse, cefalalgia, sensación de presión en la cabeza, debilidad generalizada.</p> <p>Coma con falta de reflejos, temblores, respiración de Cheyne-Stokes, disnea, crisis convulsivas, depresión de los</p>

		centros respiratorios, cianosis.
--	--	-------------------------------------

Es preciso acotar que, el inicio y la intensidad de los síntomas varían dependiendo del compuesto o de la cantidad ingerida por lo que la probabilidad señala una muerte segura en estos casos, basándose en esto, se desprende el hecho de que el tratamiento específico para los pacientes intoxicados con organofosforados es la atropina, ya que este fármaco contrarresta los efectos Muscarinicos del organofosforados.

Complicaciones.

Los pacientes con intoxicaciones graves, presentan diversas complicaciones, siendo las más frecuentes el edema pulmonar que puede ser causada por la interrupción brusca de la terapéutica con atropina, sucede pues, que la vida media de la atropina es de 5 minutos, y si el paciente no está atropinizado, se presentan nuevamente los síntomas colinérgicos. Es importante señalar que la administración de atropina en pacientes anoxicos es peligrosa ya que puede desarrollar arritmias ventriculares ocasionando paros cardíacos.

El paciente intoxicado con organofosforados, presenta aumento de la secreción bronquial y debilidad muscular que interfieren en la función pulmonar (ventilo perfusión arveolar) lo que ocasiona insuficiencia respiratoria aguda, que si no es tratada a tiempo puede causar un paro respiratorio.

Tipos de Intoxicación.

Como se mencionó anteriormente, los plaguicidas órganofosforados son de alta toxicidad aguda y causan efectos inmediatos a los individuos expuestos se mencionan tres tipos de intoxicación aguda, de acuerdo a los signos y síntomas que aparecen dentro de los primeros 30-60 minutos y alcanzando su máxima intensidad en un lapso de dos a ocho horas; y la resume de la siguiente manera:

- a. **Intoxicación Leve:** siendo los signos y síntomas; anorexia, cefalea, desvanecimiento, debilidad, ansiedad, malestar sub-esternal, temblores de lengua y párpados, miosis y disminución de la agudeza visual.
- b. **Intoxicación Moderada:** se manifiestan; nauseas, salivación, lagrimeo, calambres abdominales, vómito, sudación, pulso lento y Fasciculaciones musculares.
- c. **Intoxicación Grave:** se caracteriza por; diarrea, pupilas puntiformes y pérdida del reflejo pupilar, dificultad respiratoria, edema pulmonar, cianosis, pérdida del control de esfínteres, convulsiones, coma y bloqueo cardíaco, en algunos pacientes se puede presentar hipoglucemia.

Cabe considerar por otra parte, que algunos compuestos órganofosforados provocan intoxicación crónica, debido que la inhibición de la colinesterasa en ocasiones persiste de dos a seis semanas, manifestada por debilidad general, ataxia y parálisis, pudiendo hasta ser total, dependiendo de la dosis. Estos síntomas ocurren luego de un período de 7 a 14 días luego del contacto con el producto, de esta forma, una exposición que no produciría síntomas en una persona que no ha estado permanentemente expuesto, podría producir síntomas graves en una persona permanentemente expuesta a cantidades más pequeñas del tóxico.

Tratamiento.

En cuanto al tratamiento se puede mencionar la clasificación:

- a) Medidas generales
- b) Medidas específicas

Entre las medidas generales se encuentran:

- Establecer vía aérea permeable
- Respiración artificial y oxígeno
- Lavado Gástrico (colocación de sonda nasogástrica)
- Administración de carbón activado
- Lavado de la piel (si es por exposición dérmica).

En cuanto a las medidas específicas, se refiere a la administración del antídoto:

- Atropina: dosis inicial de 0,5 a 2mg STAT IV, dosis de 0,5mg en 5`-10`-15`-30` hasta lograr la atropinización del paciente.
- Oximas: toxogonin (cloruro de obidoxima) 250mg/ml IV, repetir 20min después.

Cabe considerar que la administración de la atropina debe ser cumplida estrictamente en el horario establecido, motivado a que la interrupción brusca de la atropina puede ser seguida rápidamente por edema pulmonar o insuficiencia respiratoria, otra consideración importante es que no debe usarse como punto límite la obtención de taquicardia o miosis solamente, debido a que sus efectos sobre el sistema nervioso central son nulos.

La atropina no reactiva la enzima colinesterasa, cuando el efecto de la atropina desaparece puede presentarse un encrudecimiento del envenenamiento si la concentración de organofosforados en el tejido permanece alto " Cabe destacar que la atropina es el antídoto ideal para las manifestaciones muscarínicas, pero no tiene acción con los síntomas nicotínicos. Por tal motivo, es necesario señalar que se debe tener seguridad en cuanto al diagnóstico de intoxicación con organofosforados, pues la atropina es un compuesto tóxico y si el paciente no está intoxicado por un compuesto inhibidor de la acetilcolinesterasa, varias dosis del compuesto pueden causar efectos perjudiciales y agravar el cuadro clínico.

En las perspectivas que aquí se adoptan, es importante destacar el uso de reactivadores de la acetilcolinesterasa como las oximas, este compuesto se

caracteriza porque cruza la barrera hematocefálica y reactiva la Ach en el SNC, revierte los efectos nicotínicos de la inhibición de la Acetilcolina por lo que debe administrarse cuando estos efectos son severos y en un período de 36 horas, después de este tiempo no se debe administrar ya que no tendría acción, sino que se uniría a la enzima que se está reactivando, ocasionando inhibición de la misma. Por tal motivo este componente es considerado controvertido, debido a que existen estudios que demuestran la falta de estadística en cuanto a morbi – mortalidad se refiere, entre grupos que usan oximas y atropina, contra los que usan solamente atropina. Algunos autores consideran que la oxima debe utilizarse después de la atropina, cuando la administración de la primera dosis no ha provocado la atropinización

⁽⁹⁾ NORDMARK-ROHWEDER. Bases científicas de enfermería. Editorial. Litoartes. 2da. Edición, México, 1995

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS CON ORGANOSFOSFORADOS.

La práctica de enfermería significa el ejercicio mediante compensación de servicios profesionales que requieren un amplio conocimiento especializado de los cuidados biológicos, físicos, conductuales, psicológicos, sociológicos y de las teorías de enfermería como la base de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de la promoción y el mantenimiento de la salud. ⁽¹⁰⁾

Dentro de este marco de ideas, se concentra la verdadera responsabilidad de la enfermera (o), en ser directamente responsable de la calidad de atención que debe recibir el paciente. Esta aseveración conduce a determinar que el paciente crítico debe ser tratado de manera individual, de acuerdo a sus necesidades humanas y patológicas. Es por ello, que la información que posee el personal de enfermería, en la atención de este tipo de pacientes, esta enfocado hacia la satisfacción de las necesidades, lográndose entonces revertir el cuadro crítico en el menor tiempo posible y con resultados positivos. La práctica de enfermería en situaciones de urgencia, denota la asistencia que se le brinda a las personas con necesidades críticas y urgentes, y por esta razón se han considerado las áreas de emergencias como sitios especializados en la atención de este tipo de pacientes. Es por ello, que el ingreso del paciente intoxicado con organosfosforados a la unidad de emergencia ; es considerado como una situación de emergencia en donde hay que tomar decisiones cruciales, que a su vez dependen del conocimiento, habilidad y destreza del personal 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.

Siendo las cosas así, vale la pena destacar que el personal de enfermería que labora en la unidad emergencia, debe poseer conocimientos para afrontar y actuar con rapidez en el manejo de este tipo de pacientes considerados críticamente enfermos.

Por ello la enfermera(o) planifica estrategias de acción de acuerdo a las necesidades interferidas que presente este tipo de pacientes.

Estas estrategias, están enmarcadas en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), ya que éste constituye un método sistemático y organizado para administrar cuidados al paciente de forma individual, dirigido a restablecer la salud en el menor tiempo posible. El PAE permite a la enfermera(o) establecer prioridades y un plan de acción que garantice la calidad de los cuidados brindados, fomentando por su continuidad y dando como resultados un ambiente seguro y terapéutico.

"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.

Como es sabido, 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. esta acotación conlleva a determinar que las unidades de emergencia, deben estar preparadas tanto de personal como de material médico quirúrgico, en este sentido como un hecho cada vez más frecuente, el personal de los departamentos de urgencias, esta integrado por médicos, enfermeros con preparación específica como una especialidad" , en cuanto a la participación de las enfermeras (os) como especialistas en las áreas de emergencias demuestran que deben de poseer un alto grado de información que permita prestar una atención optima en los casos de emergencia específicamente, en este caso, al paciente intoxicado con organofosforados.

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 bio-psicosocial 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 de Emergencia 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 ORGANOSFOSFORADOS.

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.

Ahora bien, una 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 epifora(lagrimo) , Sialorrea, diaforesis
- Bradicardia
- Disnea o bradipnea
- Náuseas, vómito, diarrea
- Aumento de los ruidos hidroaéreos
- Palidez, cianosis
- Fasciculaciones de músculos
- Debilidad muscular o parálisis
- Decremento del nivel de conciencia
- Actividad convulsiva

Esta valoración permitirá poner en práctica las medidas generales, "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.

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:

- Aspiración de las vías respiratorias para extraer secreciones ya que existe aumento de las mismas
- Cateterización de vía periférica con catéter calibre grueso para:
 - obtener muestra para hematimetría, gasometría, electrolitos, glucosa, nitrógeno úrico, y niveles de creatinina, medir la actividad de colinesterasa en los eritrocitos.
 - administrar atropina
- Oxigenoterapia si hay cianosis para corregir hipoxia, evitando así la fibrilación como una reacción adversa a la atropina
- Mantener sonda nasogástrica calibre grueso para toma de muestra gástrica, lavado gástrico y administración de carbón activado
- Mantener sonda vesical para controlar diuresis
- Control de signos vitales horarios, ya que existe la posibilidad de surgimiento de hipotensión arterial y bradicardia, inclusive bloqueo cardíaco, además se puede producir alteraciones en la temperatura
- Posición adecuada trendelenburg para mejorar el riego a órganos vitales
- Auscultación cardio-pulmonar, se puede presentar estertores, taquipnea o esputos espumosos que denoten edema pulmonar
- Evaluación neurológica sobre todo el nivel de conciencia cada hora
- Valorar Fasciculaciones y contracciones musculares

El paciente intoxicado con organofosforados, necesita ser revalorado continuamente, en este sentido "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 cardiaca ya que por efectos del tóxico estos intensifican la conducción del nudo auriculoventricular (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.

MEDIDAS ESPECÍFICAS EN EL PACIENTE INTOXICADO CON ORGANOSFOSFORADOS.

Cuando se trata de medidas específicas 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.

Un antídoto es la utilización de un fármaco que interfiere en la acción del tóxico o en su defecto, reduciendo su efecto. De allí radica la importancia que tiene el personal enfermería en la disposición de los diferentes antídotos aplicados a cada tipo de tóxicos. Se hace referencia al antídoto aplicado a los organofosforados denominado atropina.

La Atropina es un alcaloide principal de belladona, sustancia antagónica de la acetilcolina por consiguiente tiene acción anticolinérgica, ya que contrarresta las manifestaciones muscarínicas provocadas por los organofosforados en el organismo.

Visto de esta forma es responsabilidad de la enfermera(o) cumplir a cabalidad la dosis de atropina en el horario establecido por el médico, como es bien sabido es administrada cada 5-10-20min según la evolución del paciente. La primera prioridad de la enfermera(o) es conocer la administración de atropina según orden médica. Se debe administrar 2gms de atropina por vena o intramuscular cada 10-15min, hasta que cedan los efectos parasimpatomiméticos de la sustancia tóxica. De acuerdo a lo mencionado con anterioridad, la administración de atropina desencadenará una serie de sintomatologías, las cuales se deben evaluar para verificar los resultados. Entre los más importantes, se denotan:

- Valoración de la salivación, esto es, al hacer efecto el fármaco debe secar la salivación
- Observar si se incrementa el número de respiraciones
- Medir la frecuencia cardiaca que debe exceder de 120 latidos por minutos
- Evaluación pupilar (midriáticas)

Cabe señalar, que la dosis inicial de la atropina es de 0,5 a 2mlg, pues esta desencadenará una reacción anticolinérgica como taquicardias, boca seca, hiperemia y/o dilatación pupilar. Es importante mencionar que se debe evitar la administración de morfina, barbitúricos, fenotracidas y otros depresores respiratorios debidos que estos influyen en el mecanismo de acción de la atropina. Todas estas reacciones deben estar en conocimiento del personal de enfermería que atiende al paciente intoxicado con organofosforados, pues de allí depende su atención rápida y eficaz en identificar todas estas series de alteraciones, producto del mecanismo de acción del antídoto.

Uno de los objetivos principales al administrar el antídoto atropina es lograr la atropinización del paciente, siendo definida como "el nivel óptimo obtenido por la administración de atropina para eliminar el agente tóxico"

Por consiguiente se hace referencia de la importancia que tienen el conocer los signos de atropinización los cuales están caracterizados por cara ruborosa, mucosa oral seca, pupilas midriáticas (dilatadas completamente), taquicardias, piel caliente, entre otras. Además debe señalarse que, cuando la administración de la atropina no

ha provocado la atropinización, es útil el uso de cloruro de obidoxima (oxima toxogonin) por ser reconvertidores de la acetilcolinesterasa. Con respecto a su administración, las oximas deben infundirse lentamente entre 5-10min, ya que la administración rápida puede dar lugar a los siguientes síntomas secundarios, debilidad, visión borrosa, diplopía, mareos, cefaleas, náuseas y taquicardias.

Entre las medidas específicas también se destacan las terapias de soportes, como aquellas medidas de apoyo que se utilizan en el tratamiento de pacientes intoxicados con organofosforados, las terapias de soportes están referidas al tratamiento para mantener cualquier actividad orgánica que haya fallado o por efecto secundario al antídoto.

- Se reconoce que una de las terapias que se utilizan en el paciente intoxicado con organofosforados es el de la ventilación mecánica o artificial. Al respecto "Un ventilador mecánico es una máquina que sustituye (ventilación controlada) o colabora (ventilación asistida) con los músculos de la ventilación en su misión de mantener un adecuado volumen circulante, la utilización de ventilación mecánica en pacientes intoxicados con organofosforados, es por que dicho tóxico debilita los músculos intercostales de forma que el paciente pueda mostrar insuficiencia respiratoria e incluso parálisis de los músculos mencionados. Cuando se detecta esta complicación se debe medir volumen ventilatorio, capacidad vital y frecuencia respiratoria, si con la atropina no aumenta el número de respiraciones, el médico debe auxiliar con intubación endotraqueal y ventilación mecánica, así mismo la enfermera debe prestar los cuidados respiratorios necesarios a este tipo de pacientes.

-Otras de las terapias de soporte utilizadas en paciente intoxicados con organofosforados es el apoyo hemodinámico, ya que el estado circulatorio en este tipo de pacientes puede cambiar repentinamente conforme se absorbe el tóxico. Es por eso que la vigilancia continua de monitoreo cardíaco, los trazos electrocardiográficos y los controles estrictos de signos vitales, permiten que el personal de enfermería pueda identificar desequilibrios hemodinámicos tales como: arritmias, hipoxemia, desequilibrio ácido básico o electrolitos entre otros.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, señalan "con una asistencia de apoyo y de mantenimiento general del enfermo, se ha conseguido disminuir notablemente en las últimas décadas la mortalidad en los intoxicados Dentro de este marco de ideas debe señalarse, las diferentes acciones que cumple el personal de enfermería, para mantener hemodinámicamente estable al paciente, entre las más importantes se señalan:

- Valorar el equilibrio ácido básico por gasometría y valoración de electrolitos en sangre
- Administrar (según orden médica) solución de bicarbonato de sodio para corregir acidosis y reponer electrolitos
- Vigilancia estricta de los valores de gasometría, en búsqueda de hipoxemia
- Administrar oxígeno suplementario según sea necesario
- Administración de vasos depresores en goteos endovenosos para mejorar la presión arterial
- El médico realizará Cateterización de vía central, yugular o subclavia para controlar la presión venosa central (PVC)
- Administrar diuréticos si hay signos de edema pulmonar entre otros.

Con esto se quiere significar que el mantenimiento hemodinámico de los pacientes intoxicados con órgano fosforados.

PERFIL DE LA ENFERMERA (O) Y SU INTERVENCIÓN FRENTE AL PACIENTE INTOXICADO CON ÓRGANOSFOSFORADOS.

Es absolutamente esencial, que la práctica de enfermería en pacientes intoxicados con organofosforados se encomiende a un equipo multidisciplinario, con características especiales, con el objetivo primordial de conservar la salud. Con esto se quiere significar que el personal de enfermería que labora en las áreas de medicina crítica debe de tener un nivel de preparación óptimo que permita el manejo en una forma científica, de todas las fallas multiorgánicas que presentan los pacientes intoxicados con organofosforados. Con relación a las áreas ocupacional que describe las características para la ejecución de funciones y tareas típicas; es decir, atender a enfermos en estado crítico con alteraciones fisiopatológicas, potencialmente letales y reversibles como es el caso de los pacientes intoxicados con organofosforados, en donde están comprometidos una cantidad de órganos importantes que los hacen ubicar como un paciente crítico.

Se espera que la enfermera(o) que trabaja en las áreas crítica posea un equilibrio emocional, que exhiba habilidades psicomotrices, buenas relaciones interpersonales, capacidad para afrontar posteriormente frustraciones, situación de estrés, capacidad para la comunicación y trabajo en equipo, capacidad de observación con sentido crítico que le permita enjuiciar y valorar su trabajo.

Las características enumeradas hacen resaltar que la intervención de enfermería, en este caso, una práctica especializada sea compleja, y que para la atención de pacientes intoxicado con organofosforados es necesario poseer, estas y otras más características que definen a la profesión como una verdadera carrera universitaria con visión tecnológica que permitirá optimizar cada día más el cuidado que se presta a los pacientes críticos.

PERFIL DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN ÁREAS CRÍTICAS

FUNCIONES ASISTENCIALES	HABILIDADES Y DESTREZAS	CONOCIMIENTOS
<p>Realiza diagnóstico de enfermería Ejecuta historia de enfermería.</p> <p>* Ejecuta plan de atención</p> <p>* Realiza revista de enfermería.</p> <p>Realiza monitorización clínica e instrumental Realiza actividades médicas por delegación Realiza fisioterapia respiratoria Ejecuta gasometría y medición de electrolitos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Aplica tratamientos complejos <input type="checkbox"/> Maneja sondas y drenajes complejos <input type="checkbox"/> Manejo de equipos</p> <p>* Ventiladores: * Transductores de presión * Desfibriladores electrocardiógrafos * bombas de infusión * Equipos de gasometría y electrolíticos.</p>	<p>Teoría sobre estrés Anatomía, Fisiología, Semiología Clínica, Terapéutica,</p> <p>en aparatos y sistemas:</p> <p>* Respiratorio * Cardiovascular * Renal * Nervioso * Endocrino * Hematológico * Reproductor femenino * Gastrointestinal * Líquidos y electrolitos * Infecciones * Sostén emocional y psicológico del paciente y familia</p>

(10) MARSHALL, H. Asistencia de pacientes críticos. Editorial. Medica-panamericana, 1998.

CAPITULO N° 4

INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA

El consumo de bebidas alcohólicas en las que la fermentación del azúcar ha producido alcohol, se remonta seguramente a varios milenios. Las bebidas destiladas de mayor concentración alcohólica, son más recientes. La intoxicación aguda pasa por diversas fases que dependen de la concentración de alcohol en la sangre. El alcohol es rápidamente absorbido por el tubo digestivo. Tomado en ayunas a los cinco minutos ya se perciben sus efectos.⁽¹¹⁾

VIA DE INTRODUCCIÓN: Digestiva

DOSIS TÓXICAS. La muerte sobreviene en el adulto a partir de 4-5 g/Kg. de alcohol ingerido en menos de una hora; en el niño la dosis letal es de 2-3g/Kg.

FISIOPATOLOGÍA. El alcohol etílico deprime el sistema nervioso central. Es rápidamente absorbido y metabolizado a acetaldehído por la alcohol- deshidrogenasa a una velocidad de 7-10g /hora.

Según el nivel de alcoholemia, se distingue:

- 1.- Hasta 0.5g/L: síntomas nulos o menores.
- 2.- Entre 0.5y 1.5g/L, ebriedad, hiperemia facial y de las conjuntivas.
- 3.- Entre 1.5-3g/L: ataxia, trastornos visuales y de la elocución.
- 4.- Alcoholemia superior a 3g/L: coma cada vez más profunda.

SINTOMAS. La tolerancia individual es variable.

La fase inicial esta marcada por trastornos de la conducta y el humor y anulación de las inhibiciones; el individuo esta a menudo eufórico, a menos que no sea invadido por una tristeza inexplicable; puede también estar agresivo y volverse peligroso.

Continuación aparecen trastornos de la visión, una desorientación mas o menos con funcional y un síndrome cerebeloso con temblores, ataxia, marcha ebria, vértigo rotatorios y a veces nistagmo.

Manifestaciones sobre el sistema nervioso central de excitación motora o convulsiones pueden preceder al coma alcohólico, que es calmo hipotónico, sin signos de localización, con midriasis, hiporeflexia, a veces signos de babinski, relajación de esfínteres y respiración estertorosa. Temperatura normal o disminuida; puede haber en primer termino hipotermia si el individuo esta expuesto al frío

TRATAMIENTO

- Preparar traslado al centro hospitalario.
- Evitar el enfriamiento del paciente.
- Evitar que el paciente se deshidrate -si puede beber se le administrará agua con azúcar y bicarbonato [una cucharadita de cada elemento en un vaso de agua] en pequeñas y repetidas dosis.
- Vigilancia de la respiración.
- Evitar que el paciente se ahogue con su propio vómito -colocándolo en posición lateral de seguridad.
- En caso de agitación calmar al intoxicado (diazepan 5mg en inyección IV lenta), vigilando la respiración (riesgo de depresión).
- En el coma alcohólico, lavado gástrico con agua corriente; calentamiento del cuerpo en caso de hipotermia, mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas, perfusión IV de glucosa en caso de hipoglucemia, corrección de una eventual acidosis metabólica con perfusion IV bicarbonatadas.

⁽¹¹⁾ FATTORUSSO. Vittorio, vademécum clínico del diagnostico al tratamiento. Editorial el ateneo, novena edición. Argentina 2001.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL; ABUSO DEL ALCOHOL

Es una enfermedad marcada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y con las responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales. El alcoholismo se divide en dos categorías: dependencia y abuso

Las personas con dependencia del alcohol, el trastorno alcohólico más severo, por lo general experimentan tolerancia y abstinencia. La tolerancia es la necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para lograr la embriaguez o el efecto deseado. La abstinencia se presenta cuando el consumo se suspende o se reduce. Las personas con dependencia del alcohol pasan mucho tiempo consumiendo alcohol y consiguiéndolo. ⁽¹²⁾

El alcoholismo es un tipo de fármacodependencia, en la cual existe tanto la adicción física como la psicológica. La dependencia física se manifiesta en la reaparición de los síntomas cuando el consumo de alcohol se interrumpe, la tolerancia a los efectos causados por el alcohol y la evidencia de enfermedades asociadas con el alcohol.

El alcohol afecta al sistema nervioso central y actúa como un depresor que desencadena una disminución de la actividad, ansiedad, tensión e inhibiciones. Inclusive unos pocos tragos de alcohol producen cambios en la conducta, lentitud en el desempeño motriz y una disminución de la capacidad de pensar con claridad; la concentración y el juicio del individuo se deterioran y si se consume en cantidades excesivas se puede producir intoxicación etílica.

El alcohol también afecta otros sistemas del cuerpo y provoca irritación del tracto gastrointestinal y erosión del revestimiento del estómago, causando náuseas y vómitos e incluso posiblemente sangrado. Las vitaminas no se absorben de manera apropiada, lo cual puede conllevar a deficiencias nutricionales debido a un consumo prolongado de alcohol. Asimismo, se puede desarrollar enfermedad hepática, denominada hepatitis alcohólica y puede progresar a cirrosis. El músculo cardíaco se

puede afectar; se puede presentar también disfunción sexual ocasionando trastornos eréctiles en los hombres y cese de la menstruación en las mujeres.

El alcohol afecta al sistema nervioso y puede producir deterioro nervioso y pérdida severa de la memoria. El consumo crónico de alcohol también puede aumentar el riesgo de cáncer de la laringe, esófago, hígado y colon. El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar problemas severos en el desarrollo del feto; el más serio es el síndrome de alcohol fetal que puede producir retardo mental y problemas de comportamiento. Una forma leve de la condición que aún puede producir daño de por vida se denomina efectos de alcohol fetal.

Las consecuencias sociales del problema de beber y la dependencia del alcohol pueden ser tan serias como los problemas médicos. Las personas que abusan o son dependientes del alcohol tienen una tasa más alta de desempleo, violencia doméstica y problemas con la ley. Aproximadamente la mitad de las muertes en accidentes de tránsito están asociadas con el consumo de alcohol.

La abstinencia se desarrolla debido a que el cerebro se ha adaptado físicamente a la presencia del alcohol y no puede funcionar adecuadamente en ausencia de la droga. Los síntomas de la abstinencia pueden incluir aumento de la temperatura, aumento de la tensión arterial, frecuencia cardíaca rápida, desasosiego, ansiedad, psicosis, convulsiones y, en raras ocasiones, inclusive la muerte.

No existe una causa común del alcoholismo. Sin embargo, varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Una persona con una madre o con un padre alcohólico tiene más probabilidades de volverse alcohólica que una persona sin historia de alcoholismo en la familia inmediata.

Entre los factores psicológicos están la necesidad de aliviar la ansiedad, una depresión en curso, conflictos de relaciones interpersonales sin resolver o baja autoestima; y entre los factores sociales están la disponibilidad del alcohol, la aceptación social del consumo de alcohol, la presión del compañero y estilos de vida estresantes.

La incidencia del consumo de alcohol y problemas relacionados está aumentando. Datos de muchas fuentes indican que alrededor del 15% de la población de los Estados Unidos son bebedores problema y aproximadamente del 5 al 10% de los hombres bebedores y del 3 al 5% de las mujeres bebedoras podrían ser diagnosticados como dependientes del alcohol (12,5 millones de personas).

Síntomas

Los hombres que consumen 15 o más tragos por semana, las mujeres que consumen 12 o más tragos por semana o cualquiera que consuma 5 o más tragos por ocasión, al menos una vez por semana está en riesgo de desarrollar alcoholismo (Un trago se define como una botella de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de 5 onzas o un trago de licor de 1 1/2 onza).

Algunos de los síntomas asociados con alcoholismo incluyen:

- Beber cuando se está solo
- Inventar excusas para beber
- Necesidad de consumo diario o frecuente de alcohol para un funcionamiento adecuado
- Falta de control cuando se bebe, con incapacidad para suprimir o reducir el consumo del alcohol
- Episodios de violencia asociados con el consumo de alcohol
- Comportamiento reservado con el fin de esconder un comportamiento relacionado con el alcohol
- Hostilidad al momento de una confrontación acerca del consumo de licor
- Negligencia para ingerir alimentos
- Descuido de la apariencia personal
- Náuseas y vómitos
- Temblor en las mañanas
- Dolor abdominal
- Entumecimiento y hormigueo
- Confusión

Los síntomas pueden variar.

Los síntomas de abstinencia del alcohol pueden variar de leves a graves:

- Frecuencia cardíaca rápida y sudoración
- Inquietud o agitación
- Pérdida del apetito, náuseas o vómitos
- Confusión o alucinaciones
- Temblores y convulsiones

Signos y exámenes

Todos los médicos deben interrogar a sus pacientes acerca de su modo de beber. Se puede obtener una historia de la familia si la persona afectada no desea responder a la preguntas. Se realiza un examen físico para identificar los problemas físicos relacionados con el consumo del alcohol.

- Un tamizaje toxicológico o el nivel de alcohol en la sangre confirma un consumo reciente de alcohol, lo cual no necesariamente confirma el alcoholismo.
- Pruebas de función hepática que pueden estar elevadas. La glutamil transaminasa (GGPT) a menudo está más elevada que las otras pruebas de la función hepática.
- Conteo sanguíneo completo (CSC): el volumen corpuscular medio (MCV) (o tamaño de los glóbulos rojos) puede estar elevado.

En algunas ocasiones, los exámenes de magnesio en suero, ácido úrico, proteína total y folato son normales.

Tratamiento Tres pasos generales están involucrados en el tratamiento del alcohólico una vez que se ha diagnosticado el trastorno ha sido: intervención, desintoxicación y rehabilitación. La investigación encuentra que la intervención confrontacional tradicional, donde los miembros de la familia o el empleador sorprenden al alcohólico y amenazan con consecuencias si el tratamiento no

comienza, NO es efectiva. Los estudios encuentran que más personas entran en tratamiento si los miembros de su familia o los empleadores son honestos con ellos acerca de sus preocupaciones y los ayudan a ver que la bebida les está impidiendo alcanzar sus propias metas.

Una vez el problema ha sido reconocido se requiere la abstinencia total para aquellos que son dependientes; mientras que para aquellos que son bebedores problema la moderación puede servir. Puesto que muchos alcohólicos se rehúsan inicialmente a creer que su manera de beber está fuera de control, un ensayo de moderación a menudo puede ser una forma efectiva de tratar el problema; si éste tiene éxito, el problema está resuelto; de lo contrario, la persona por lo general está lista para probar con la abstinencia. Puesto que el alcoholismo afecta a las personas relacionadas estrechamente con el alcohólico, a menudo es necesario el tratamiento para los miembros de la familia a través de asesoramiento.

La desintoxicación es la fase inicial del tratamiento: el alcohol se suprime bajo un medio controlado y supervisado en el cual los medicamentos alivian los síntomas. Por lo general, esta fase toma de 4 a 7 días. Si es necesario se realiza un examen para detectar otros problemas médicos como, por ejemplo, hepáticos y de coagulación sanguínea, que son los más comunes. Es importante seguir una dieta balanceada con suplementos vitamínicos. Se pueden presentar complicaciones asociadas con la supresión aguda del alcohol como, por ejemplo, delirium tremens (**DT**) que podrían ser mortales. Se debe tratar la depresión u otros trastornos humorales subyacentes. Con frecuencia, el abuso del alcohol se desarrolla en medio de esfuerzos por auto tratar una enfermedad.

Los programas de recuperación o de rehabilitación del alcoholismo apoyan a la persona afectada para conservar la abstinencia de alcohol después de la desintoxicación. Por lo general, el asesoramiento, el apoyo psicológico, la asistencia y el cuidado médico y de enfermería están disponibles en estos programas y parte de la terapia es la educación acerca de la enfermedad y de sus efectos. Muchos de los profesionales involucrados en los centros de rehabilitación son alcohólicos recuperados quienes sirven como modelos. Los programas pueden ser con paciente

interno, que reside en el lugar durante el tratamiento, o ambulatorio, es decir, que el paciente asiste al programa mientras reside en su casa.

Alcohólicos Anónimos es un grupo de autoayuda para alcohólicos en recuperación que ofrece apoyo emocional y un modelo de abstinencia efectivo para personas que se recuperan de la dependencia del alcohol. Existe más de un 1 millón de miembros a nivel mundial y se están fundando capítulos locales en todos los Estados Unidos.

Grupos de apoyo: Los miembros de AA tienen ayuda disponible 24 horas al día, se asocian con un grupo de compañeros sobrios, aprenden que es posible participar en actividades sociales sin beber y se les brinda un modelo de recuperación mediante la observación de los logros de los miembros sobrios del grupo. Otros grupos de apoyo son más pequeños, pero están en crecimiento y todos tienen presencia en línea, lo cual ofrece apoyo aún en casa tarde en la noche.

Expectativas (pronóstico)

El alcoholismo es un problema social, económico y de salud pública grave, pues está involucrado en más de la mitad de todas las muertes accidentales y casi la mitad de las muertes por accidentes de tránsito. Además, un alto porcentaje de suicidios están relacionados con el consumo de alcohol en combinación con otras sustancias. Las muertes adicionales se relacionan con las complicaciones médicas a largo plazo asociadas con la enfermedad. Únicamente el 15% de aquellos individuos dependientes del alcohol buscan ayuda profesional. La recaída después del tratamiento es común por lo que es importante mantener sistemas de apoyo con el fin de enfrentarse a las dificultades y asegurarse de que no se conviertan en retrocesos completos. Los programas de tratamiento tienen tasas de éxito variables. Sin embargo, muchos individuos dependientes se recuperan completamente.

Complicaciones:

- Pancreatitis
- Lesión del músculo cardíaco
- Lesión nerviosa

- Sangrado esofágico
- Degeneración cerebral
- Cirrosis hepática
- Delirium tremens (DTs)
- Depresión
- Disfunción eréctil
- Síndrome de alcoholismo fetal en la descendencia de mujeres alcohólicas
- Presión sanguínea alta
- Aumento en la incidencia de cáncer
- Insomnio
- Deficiencias nutricionales
- Suicidio

Situaciones que requieren asistencia médica: Se debe acudir a la sala de emergencias, si se desarrollan problemas severos de confusión, convulsiones, sangrado u otros problemas de salud, en una persona que se sabe o se sospecha es dependiente del alcohol.

Prevención Los programas educativos y las recomendaciones médicas acerca del alcoholismo han tenido éxito en la disminución del consumo de alcohol y sus problemas asociados. La dependencia del alcohol requiere un manejo más intenso.

El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) recomienda que las mujeres no tomen más de un trago al día y los hombres no más de dos tragos por día. Un trago se define como una botella de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de 5 onzas o un trago de licor de 1 1/2 onza.

⁽¹²⁾ [Http: // WWW. Medineplus. /](http://WWW.Medineplus./) Información de salud.2004. Htm

CAPITULO N° 5

INTOXICACIONES ALIMENTARIAS

Una intoxicación o infección alimentaría es un envenenamiento producido por productos químicos, por microorganismos patógenos o parásitos que se desarrollan en los alimentos o por toxinas que desarrolla ciertos animales o plantas.

El grado de intoxicación depende del tipo de organismo ingerido, de la cantidad ingerida y de las condiciones de la persona que lo ingiere. Estas intoxicaciones suelen ser más altas en niños, en personas mayores y en personas con muy pocas defensas. Las mujeres embarazadas forman también un grupo muy sensible por las mayores posibilidades de contagio y por la posibilidad de que la intoxicación cause graves daños al feto⁽¹³⁾

Una intoxicación alimentaría puede ser causada por el consumo de alimentos que contengan sustancias químicas tóxicas, como los pesticidas o demás sustancias empleadas en agricultura, y que no pueden eliminarse con un lavado o se han sometido a un lavado insuficiente, o las comidas contaminadas por microorganismos que producen toxinas o materias venenosas que son absorbidas por el organismo. También pueden causar una intoxicación alimentaría las sustancias contaminantes que penetran accidentalmente en los alimentos, como puede ser el caso del mercurio, o determinados elementos nutritivos que producen una reacción alérgica en el tracto digestivo de algunas personas susceptibles a ellos.

Las principales causas de una intoxicación alimentaría son:

- **Higiene incorrecta:** La mala higiene de los alimentos cuando se manipulan es una de las causas principales de la contaminación alimentaría que conduce al contagio. Debemos escoger aquellos alimentos de lugares de confianza o que hayan estado envasados correctamente. Descartaremos aquellos alimentos de los lugares con poca higiene, mal envasados, o mal presentados a la venta, es decir sin la suficiente protección frente a la contaminación exterior.

La higiene correcta implica la manipulación correcta por parte del consumidor.

Es importante lavarse las manos con agua y jabón antes de manipular la comida y antes de sentarse a la mesa a comer. Igualmente resulta importante una correcta higiene y desinfección de los utensilios de mesa y de cocina para eliminar los posibles microorganismos.

Es importante lavar los vegetales adecuadamente para evitar el contagio. Dejar unos momentos dentro del agua con unas gotas de lejía o desinfectante podría evitar muchas infecciones.

- **Incorrecta cadena del frío:** Mantener una temperatura adecuada desde la producción, la distribución y el almacenamiento de los alimentos es necesario para evitar el desarrollo de microorganismos. (La mayoría de las bacterias no se desarrollan cuando la temperatura está por debajo de los 5 °C. y suelen desarrollarse entre los 7 y los 65 °C), La comida descongelada antes de guisarla en alguno de los momentos anteriores puede ser el medio donde se desarrollen estos.

- **Incorrecto uso del calor:** El calor es un recurso esencial para eliminar microorganismos. (La mayoría de las bacterias mueren por encima de los 74 °C) Comer alimentos crudos, poco cocinados o recalentados a una temperatura insuficiente puede ser responsable de muchas intoxicaciones alimentarias

SÍNTOMAS:

Los síntomas pueden variar dependiendo del tipo de intoxicación que se trate, pero, en general, presentan los siguientes:

- Síntomas que pueden afectar al aparato digestivo: vómitos, diarreas (a veces sanguinolentas), falta de apetito, dolor de estómago.

- Síntomas que pueden afectar al sistema nervioso: debilidad muscular, adormecimiento de ciertas partes del cuerpo, dolores musculares, dificultad para el movimiento, dificultad en el habla a veces fiebre.

- Síntomas que aparecen en la piel: erupciones en la piel, granos, color azulado, etc.

Por lo general, se manifiesta de forma rápida e intensa, pocas horas después de la ingestión del alimento contaminado, aunque cabe señalar que los síntomas de las intoxicaciones causadas por la ingestión de productos tóxicos se manifiestan con mayor lentitud.

Un peligro común a todas las intoxicaciones que cursan con vómitos y diarrea es la deshidratación, que, si no es tratada a tiempo, puede causar la muerte.

La intoxicación alimentaria de los niños es más grave y peligrosa que la de los adultos. En ellos se presenta con los mismos síntomas, aunque, además de causar fiebre elevada, también puede producir hipotermia, es decir descenso de la temperatura corporal por debajo de los 35°C; además, el riesgo de deshidratación es más elevado y grave en los niños. En caso de producirse, se puede observar alteraciones en el rostro del niño, como la poca elasticidad de la piel, persistencia de pliegues o de arrugas al pinzar o pellizcar la piel entre los dedos, nariz afilada, ojos hundidos y lengua seca; la respiración se vuelve profunda y acelerada, y el pulso es rápido y débil. Ante este cuadro se debe actuar con rapidez, pues la vida del niño corre peligro.

TRATAMIENTO

Cuando una persona padece diarrea durante más de 24 horas o manifiesta una combinación de fiebre, diarrea, vómitos y dolor abdominal, debe consultar al médico, quien determinará el tratamiento a seguir tras identificar el origen de la intoxicación alimentaria.

- ❖ El tratamiento consiste en aliviar los síntomas y en la administración frecuente de pequeñas cantidades de agua y de sales minerales para prevenir la deshidratación. Es conveniente que el paciente no ingiera ningún tipo de alimento.
- ❖ Si se trata de una intoxicación alimentaria leve, el enfermo se suele recuperar por completo en las 24 horas siguientes a la manifestación de los síntomas.

- ❖ En el caso de una intoxicación por Salmonella es conveniente no administrar medicamentos para detener la diarrea sin prescripción médica, ya que requiere un tratamiento específico. Los antibióticos pueden ver disminuida su eficacia al existir problemas de absorción de éstos, si se administran por vía oral. Por otra parte, pueden destruir la flora intestinal, lo que favorece el desarrollo de las bacterias patógenas, empeorando así el cuadro clínico.

Es recomendable aislar siempre al enfermo, quien debe reposar en cama e ingerir gran cantidad de líquidos, sobre todo agua.

- Si se sospecha que la intoxicación alimentaria es un caso de botulismo, la persona afectada debe ser trasladada con urgencia a un hospital, donde se le administrará la antitoxina botulínica y se le efectuará un lavado de estómago.
- Ante una intoxicación por setas ha de administrarse el antídoto adecuado, que depende del tipo de seta u hongo que la haya causado. El enfermo debe permanecer en cama y seguir una dieta blanda. Asimismo se debe vigilar la función hepática, ya que podría deteriorarse.

COMPLICACIONES

Si las bacterias se extienden desde el tracto digestivo hasta la corriente sanguínea, pueden invadir otros órganos, como los riñones, la vesícula biliar, el corazón o las articulaciones, y fijarse en ellos causando inflamaciones y abscesos. Sin embargo, la mayor parte de las infecciones por Salmonella son leves y se curan sin tratamiento, ya que no existe ninguno que sea totalmente eficaz contra este tipo de intoxicación.

En un ataque grave, la pérdida importante de líquidos que resulta de las repetidas evacuaciones puede llegar a causar la muerte por deshidratación si no se reponen por vía intravenosa.

COMO PREVENIRLAS:

Normas generales

- Mantener una escrupulosa higiene personal. Lavarse siempre las manos antes de comer y después de defecar u orinar.
- Mantener todos los alimentos perecederos en el refrigerador.
- Lavar todas las verduras y la fruta antes de comerlas
- Descongelar por completo la carne y el pollo antes de cocinarlos
- Nunca volver a congelar los alimentos que hayan sido descongelados.
- Si se recalienta la comida, conviene dejarla hervir durante varios minutos.
- No comer alimentos que tenga mal aspecto u olor, o que hayan estado expuestos a la presencia de ratones o de insectos.
- Mantener los insecticidas en armarios bien cerrados y alejados de los alimentos.
- Utilizar sólo pesticidas conocidos.
- No ingerir frutas de procedencia desconocida, ni verduras silvestres recogidas en el campo, si no se conoce su naturaleza.
- No comer setas si se ignora si son comestibles.

Ante las dudas o sospechas, no ingerir comidas o bebidas

⁽¹³⁾ [Http. Intoxicaciones. // Información de salud 2004. Htm](#)

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque se conoció la actuación que la enfermera realiza a los pacientes que ingresaron con intoxicaciones por cualquier sustancia, hasta llegar al diagnóstico médico definitivo.

Prospectivo; porque se recolectó la información durante los 6 meses de estudio del proyecto en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Dr. "Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

AREA DE ESTUDIO:

El área de estudio escogido para la investigación fue el servicio de Emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, la cual está dividida para la atención en: clínica, pediatría, cirugía, ginecología y reanimación. Las áreas donde se recolectó la información fueron clínica y pediatría debido que es aquí donde se reciben a los pacientes con sintomatología de intoxicación.

TIEMPO DE ESTUDIO:

El tiempo de estudio estuvo comprendido durante los meses de Agosto del 2005 a Enero del 2006, realizando cada uno de los pasos que se tenía que cumplir de acuerdo a los objetivos planteados.

UNIVERSO:

Se trabajó con el total del universo que estuvo conformado por 93 pacientes: 36 con diagnóstico de intoxicación por organofosforado, 32 por alcohol y 25 por alimentos, los cuales quedaban ingresados en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

UNIDAD DE OBSERVACION:

La unidad de observación fueron 93 pacientes que ingresaron con intoxicaciones, 7 enfermeras profesionales – 12 auxiliares de enfermería, 3 internas de enfermería de la Escuela de Enfermería de la U T M y los familiares de los pacientes con intoxicación por organosfosforado.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas:

- **GUÍA DE OBSERVACION:** Se aplicó al personal de enfermería en su accionar al frente de un paciente intoxicado, pudiendo observar que de los 8 ítems en el que se destacó la intervención de enfermería en la atención a los paciente y aspectos importantes de los protocolos de atención.
- En forma directa durante la observación, también se incluyó la distribución del personal de enfermería, recursos materiales, equipos y medicamentos para la atención. (**Anexo 1**).
- **ENCUESTAS:** Estas fueron diseñadas para ser aplicadas al paciente que presentó intoxicación por Organosfosforados y los familiares de estos. La forma en que se elaboró permitió determinar las características de las variables en estudio Durante la recolección de datos como : datos de identificación del paciente, causas, clase del toxico, vía de penetración , otros (**Anexo 2**)
- **HISTORIA CLINICAS:** Se tomaron de los pacientes que constan en registro en el departamento de estadística del Hospital Provincial Docente Dr.”Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, donde se recolecto la información específica como: agente causal, motivo de intoxicación, entre otros. Estos datos fueron exclusivos para aquellos pacientes que constan en el Registro con diagnostico de intoxicación (**Anexo 2**)

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS.

- Miembros del Tribunal de Tesis.
- Personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda.
- Personal del Departamento de Estadística del Hospital Dr. “Verdi Cevallos Balda
- Investigadoras

RECURSOS MATERIALES.

- Guía de observación
- Computadora.
- Materiales de oficina.
- Formularios y libros.
- Internet.

RECURSOS ECONOMICOS.

- Los gastos de la investigación fueron solventados por las investigadoras.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Servicios de Emergencia, Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.
- Departamento de estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
- Biblioteca de la Escuela de Enfermería.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	Son acciones encaminadas a satisfacer las necesidades del paciente basadas en conocimiento científico que determinen los pasos a seguir en el tipo de intoxicación que presente el individuo intoxicado.	<p>PROTOCOLOS DE ATENCIÓN</p> <p>PERSONAL DE ENFERMERÍA</p>	<p>Por órganos fosforados</p> <p>Por alcohol</p> <p>Por alimentos</p> <p>Profesional</p>	<p>Cumple con las acciones a realizarse en los protocolos: *todas: 17 * 16 - 11 * 10 - 5</p> <p>Cumple con las acciones a realizarse en los protocolos: *todas: 12 * 11 – 6 * menos de 5</p> <p>Cumple con las acciones a realizarse en los protocolos: *todas: 8 * 7 - 3</p> <p>Suficiente: 3-4 Medianamente suficiente:1-2 Insuficiente: 0</p>

<p>INCIDENCIA DE INTOXICACIONES</p>	<p>Número de casos nuevos que se presenten durante el transcurso del tiempo en estudio</p>	<p>NÚMEROS DE CASOS</p>	<p>Internos de enfermería</p>	<p>Suficiente: 2 Medianamente suficiente:1 Insuficiente: 0</p>
<p>INTOXICACIÓN POR ÓRGANOSFOSFORADO</p>	<p>Los organofosforados son esteres químicos derivados del ácido fosforito compuestos de alta toxicidad para el hombre y otros sistemas de vida causando degeneración de órganos, quemaduras, incapacidad, en ocasiones hasta la muerte.</p>	<p>ETIOLOGIAS</p>	<p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Clases de intoxicaciones</p> <p>Causas de intoxicación</p>	<p>Suficiente: 1-2 Medianamente suficiente:1 Insuficiente: 0</p> <p>* Órgano fosforados----- * alcohol ---- *alimentos-----</p> <p>*estrés *sentimental * accidental * laboral * problemas económicos * otros</p>

		CLASIFICACION DE PLAGUICIDAS	Por el uso :	* Insecticidas * Fungicidas * Rodenticidas * Herbicidas * otros
		VIAS DE INGESTION DEL TOXICO	Tipo de Vías de penetración	* Respiratorias * Dérmicas * Digestiva *Circulatoria
		ANTECEDENTES GENERALES DEL PACIENTE	Edad	* menos de 5 años--- * 6 a 14 años---- * 15 a 23 años---- * 24 a 32 años----- * 33 y mas-----
			Ocupación	* Agricultor----- * Comerciante----- * Estudiante.--- * Desocupados ----- * Otros.-----

			Escolaridad	* primaria: - completa () - incompleta () * secundaria: completa () - incompleta() * superior-----
			Procedencia	* urbana----- * rural-----
			Nivel económico	* alto----- * mediano----- * bajo-----
			Estado civil	* soltero----- * casado----- * unión libre----

<p>FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INTOXICADOS POR ÓRGANO FOSFORADO</p>	<p>Son los medios utilizados en el proceso de la intervención de enfermería hacia los pacientes con este tipo de intoxicación Estos serán observados y analizados.</p>	<p>RECURSOS HUMANOS</p>	<p>Personal Profesional por turnos rotativos</p>	<p>*suficiente: Mañana---Tarde---Noche * insuficiente Mañana---Tarde---Noche</p>
			<p>Internos de enfermería</p>	<p>*suficiente: Mañana---Tarde--- Noche * insuficiente Mañana- Tarde- Noche</p>
			<p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>*suficiente: Mañana---Tarde---Noche * insuficiente Mañana---Tarde---Noche</p>
		<p>RECURSOS MATERIALES</p>	<p>Material fungible</p>	<p>*Existe: -Suficiente--- -Medianamente suficiente- -Insuficiente----</p>

			Equipos	*Suficiente *Medianamente suficiente *Insuficiente
		MEDICAMENTOS	Antídotos:	Existe:----- no existe---- *carbón activado *atropina
			Anticonvulsivante	Existe ----- no existe----- *Diazepan *fenobarbital
		REGISTRO DE DATOS.	Kardex	Si no
			Libros de registro	Si no
			Formularios	Si no
			Historia clínica completa	Si no

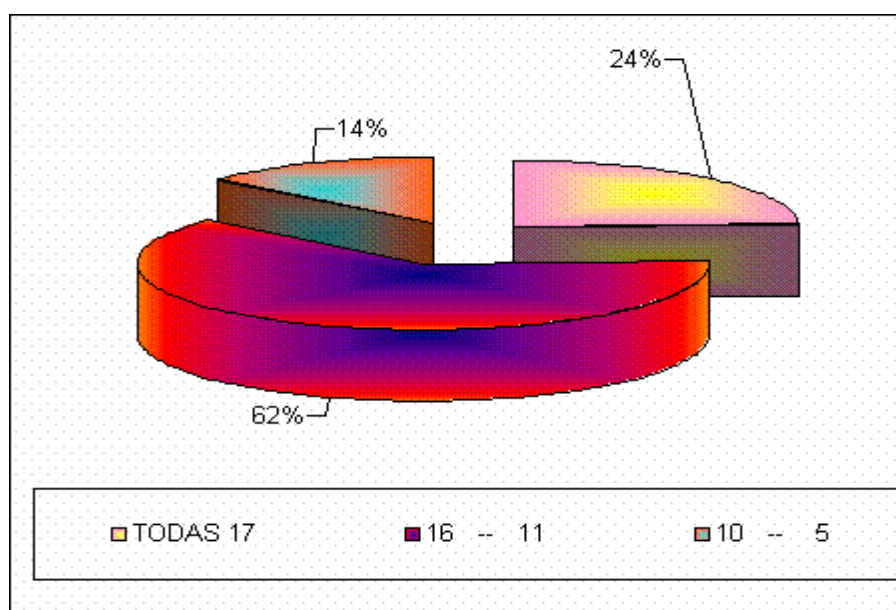
		CONTROL DEL PACIENTE	Tiempo	* al ingreso * cada media hora * cada hora * cada 2horas * mas de 2 horas
			Destino del paciente.	* medicina interna: - clínica de hombre - clínica de mujer *domicilio *fallece

**RESULTADOS
ESPERADOS**

RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

CUADRO # 1
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA A PACIENTES CON
INTOXICACION POR ORGANOSFOSFORDOS
FOSFORADOS. SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR. "VERDI CEVALLOS
BALDA" PORTOVIEJO.
AGOSTO 2005 - ENERO 2006

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES	F	%
TODAS 17	9	24
16 -- 11	23	62
10 -- 5	5	14
TOTAL	36	100



INTERPRETACIÓN

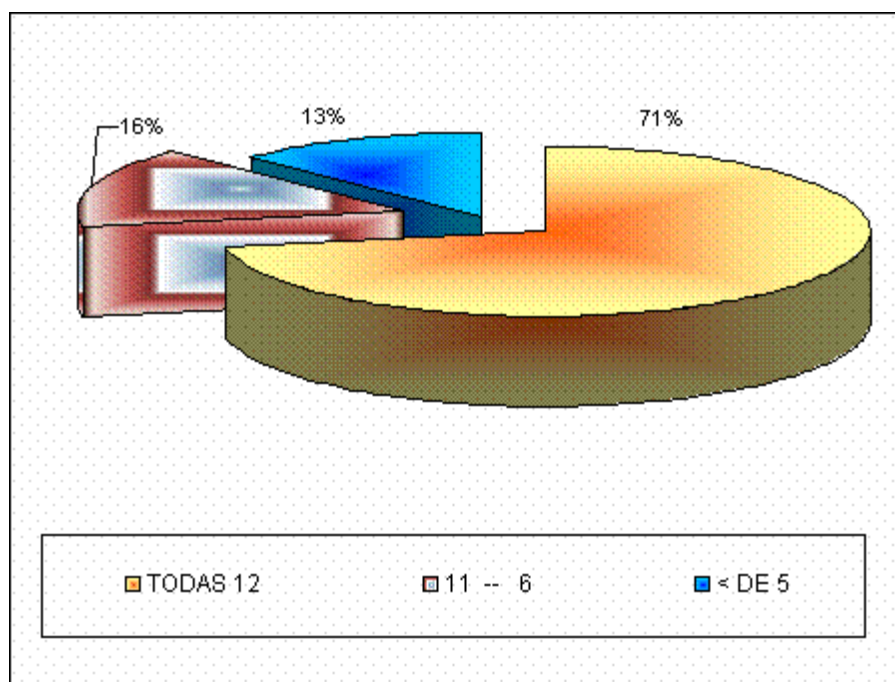
El cumplimiento de las acciones del protocolo de atención por parte del personal de enfermería se cumple de 11-16 en un 62%, esto se debe a la rutinización del personal y la ausencia de este en ciertos turnos de jornada Diaria.

CUADRO # 2
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA A PACIENTES CON
INTOXICACION ALCOHOLICA SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR."VERDI CEVALLOS BALDA "
PORTOVIEJO AGOSTO 2005 - ENERO 2006

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES	F	%
TODAS 12	23	71
11 -- 6	5	16
< DE 5	4	13
TOTAL	36	100

FUENTE: GUÍA OBSERVACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA.

ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.

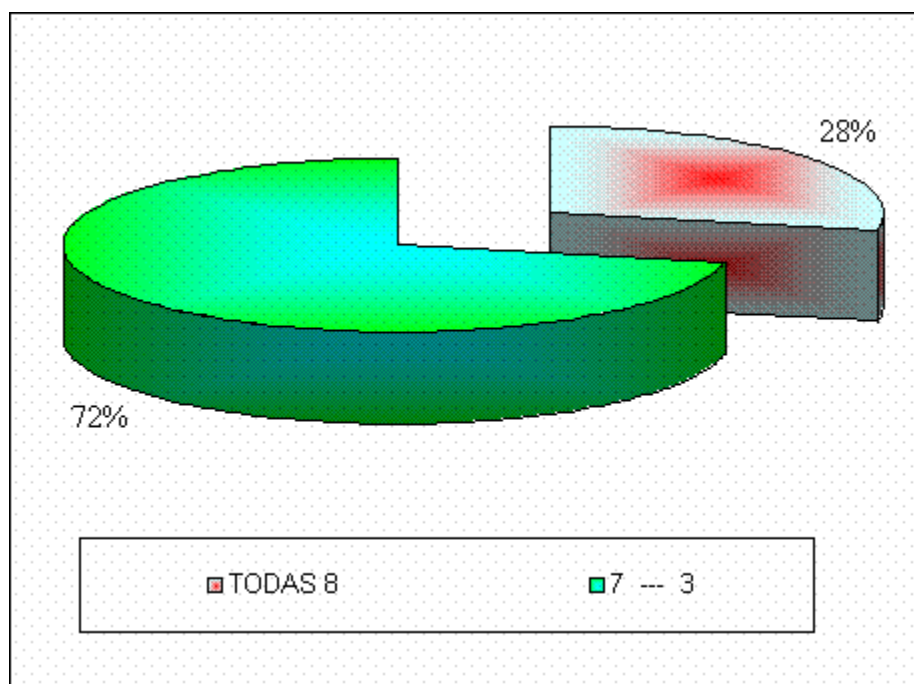


INTERPRETACIÓN:

El personal de enfermería cumple con todas las acciones para la atención de estos pacientes en un 71%; omitiendo solo 5 acciones lo que corresponde al 16%, por ser este tipo más fácil el manejo terapéutico de estos pacientes.

CUADRO # 3
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
INTOXICACION ALIMENTARIA SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR."VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO AGOSTO 2005 - ENERO 2006

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES	F	%
TODAS 8	7	28
7 --- 3	18	72
TOTAL	36	100



INTERPRETACIÓN:

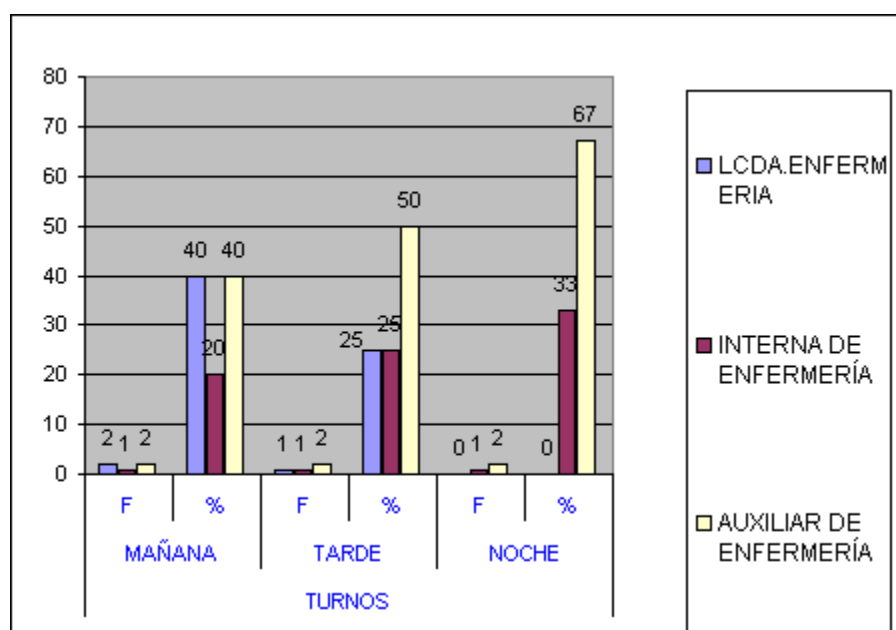
Las acciones del protocolo de atención que brinda el personal de enfermería a estos pacientes se cumplen en un 28% hay incumplimiento de estas acciones

en un 72% por que estos pacientes egresan en menos de 6 horas.

CUADRO # 4
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DE ENFERMERÍA POR
TURNOS SERVICIO EMERGENCIA HOSPITAL
Dr. "VERDI CEVALLOS BALDA" PORTOVIEJO
AGOSTO 2005 - ENERO 2006

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS	TURNOS						TOTAL	
	MAÑANA		TARDE		NOCHE			
	F	%	F	%	F	%	F	%
LCDA.ENFERMERIA	2	40	1	25	0	0	3	25
INTERNA DE ENFERMERÍA	1	20	1	25	1	33	3	25
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2	40	2	50	2	67	6	50
TOTAL	5	100	4	100	3	100	12	100

FUENTE: GUÍA OBSERVACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA.
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



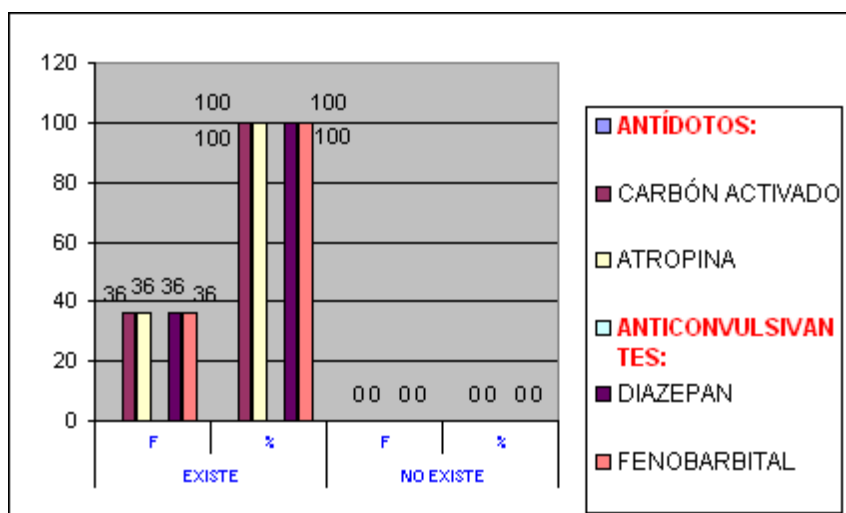
INTERPRETACIÓN:

El personal profesional de enfermería esta distribuido en un 40% en el turno de la mañana, 25% en la tarde y en la noche cumple esta función los internos de enfermería, tomando en cuenta que los pacientes más graves llegan en la noche observando más personal auxiliar de enfermería en los turnos de la tarde y noche cuando por lo menos se debe contar con un 50% de enfermeras profesionales en cada turno.

CUADRO # 5.1
MEDICAMENTOS DISPONIBLES A PACIENTES CON INTOXICACIÓN
POR ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL Dr. "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO AGOSTO 2005 - ENERO 2006

MEDICAMENTOS	EXISTE		NO EXISTE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ANTÍDOTOS:						
CARBÓN ACTIVADO	36	100	0	0	36	100
ATROPINA	36	100	0	0	36	100
ANTICONVULSIVANTES:						
DIAZEPAN	36	100	0	0	36	100
FENOBARBITAL	36	100	0	0	36	100

FUENTE: GUÍA OBSERVACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA.
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



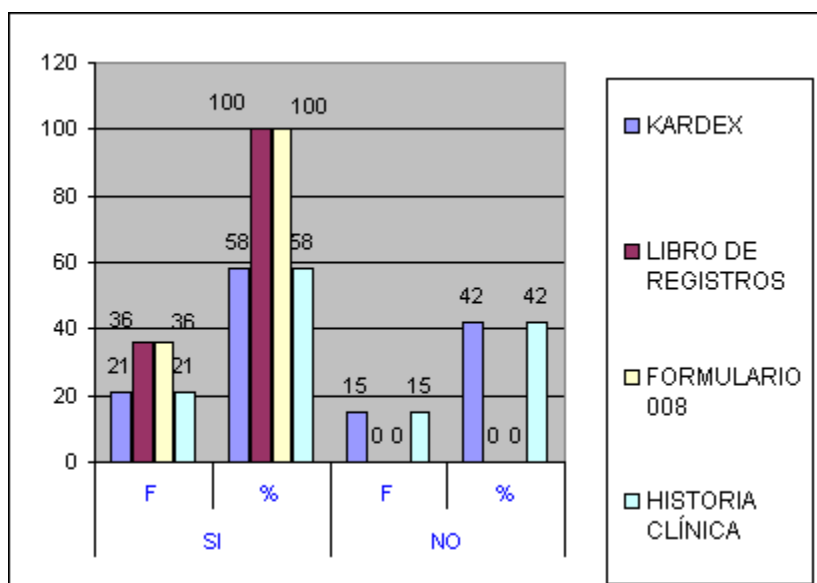
INTERPRETACIÓN

El servicio de emergencia cuenta con todos los medicamentos necesario para la atención del paciente intoxicado por organosfosforado en un 100% registrándose que de los 36 pacientes solo a 13 se los atropinizo.

CUADRO # 6
TIPO DE REGISTROS UTILIZADOS A PACIENTE CON INTOXICACIÓN
POR ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA HOSPITAL
DR. "VERDI CEVALLOS BALDA" PORTOVIEJO
AGOSTO 2005 ENERO 2006

TIPO DE REGISTROS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
KARDEX	21	58	15	42	36	100
LIBRO DE REGISTROS	36	100	0	0	36	100
FORMULARIO 008	36	100	0	0	36	100
HISTORIA CLÍNICA	21	58	15	42	36	100

FUENTE: GUÍA OBSERVACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA.
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



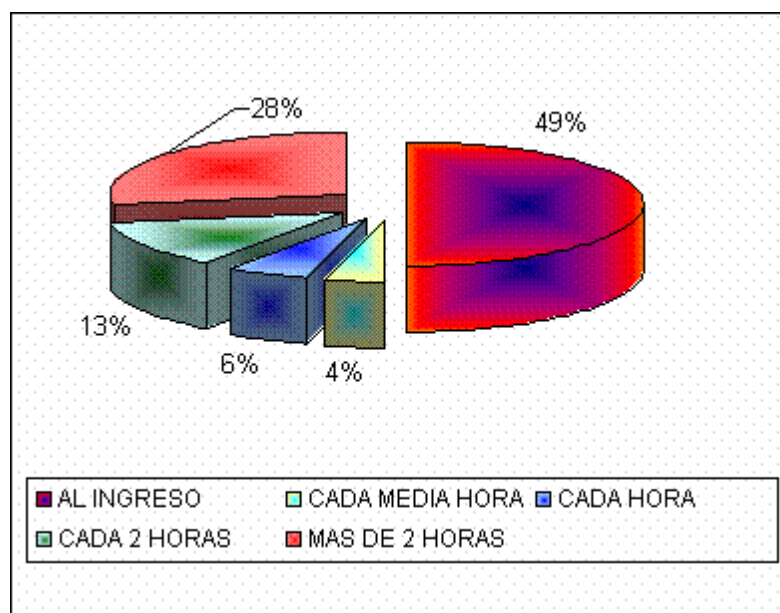
INTERPRETACIÓN

En el libro de registro del servicio de emergencia constan los datos de los pacientes en un 100% tomando en cuenta que solo hay datos de identificación omitiendo destino del paciente causa de intoxicación y número de la Historia clínica de los pacientes que ingresaron a otros servicios.

CUADRO # 7
FRECUENCIA DE CONTROLES DE ENFERMERÍA QUE
BRINDA EL PERSONAL A PACIENTES CON
INTOXICACIONES SERVICIO EMERGENCIA HOSPITAL
DR "VERDI CEVALLOS BALDA" PORTOVIEJO
AGOSTO 2005 - ENERO 2006

CONTROL	F	%
AL INGRESO	36	100
TOTAL	36	100
CADA MEDIA HORA	3	8
CADA HORA	4	11
CADA 2 HORAS	9	25
MAS DE 2 HORAS	20	56
TOTAL	36	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICAS.
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



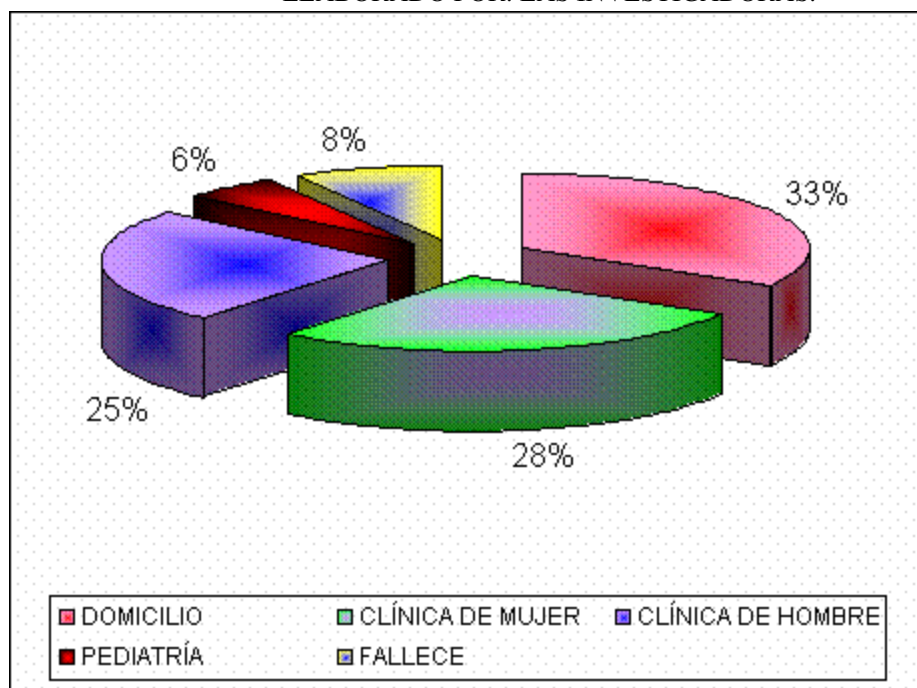
INTERPRETACIÓN:

Los pacientes que ingresaron recibieron un control de enfermería al ingreso de este servicio en un 100%. Siendo esta una de las funciones inmediatas que cumple la enfermera en los pacientes intoxicados.

CUADRO # 8
DESTINO DEL PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR
ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO AGOSTO 2005 - ENERO 2006

DESTINO	F	%
DOMICILIO	12	33
CLÍNICA DE MUJER	10	28
CLÍNICA DE HOMBRE	9	25
PEDIATRÍA	2	6
FALLECE	3	8
TOTAL	36	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



INTERPRETACIÓN:

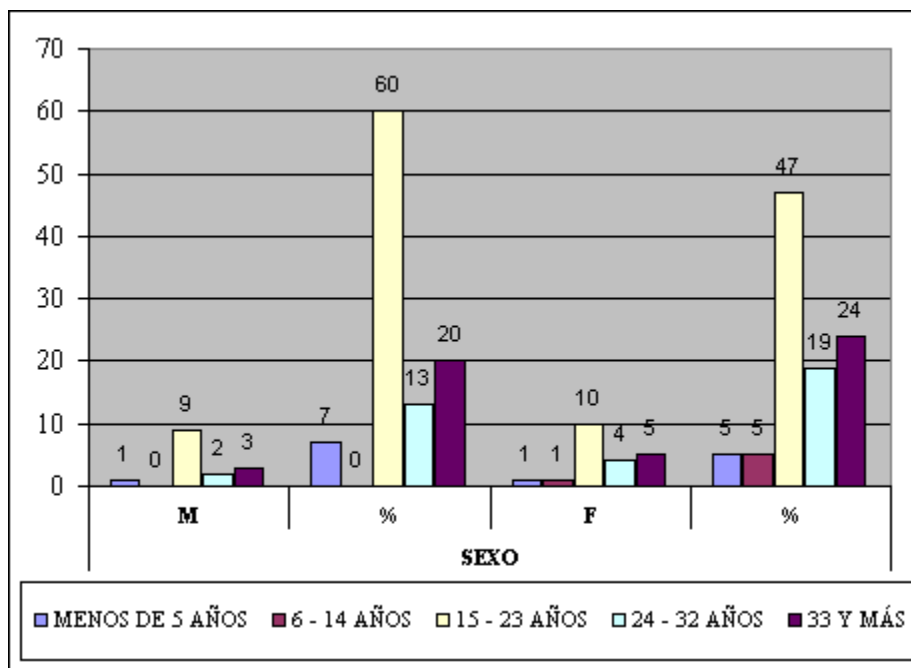
El 33% de los pacientes que ingresaron con intoxicación estuvieron en observación las primeras 6 horas de haber recibido tratamiento y luego dados de alta médica por que presentaron complicaciones

**RESULTADO DEL
CUESTIONARIO A
FAMILIARES DE LOS
PACIENTES**

CUADRO # 1
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES INTOXICADOS POR
ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR. "VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO AGOSTO 2005 - ENERO 2006

EDAD	SEXO			
	M	%	F	%
MENOS DE 5 AÑOS	1	7	1	5
6 - 14 AÑOS	0	0	1	5
15 - 23 AÑOS	9	60	10	47
24 - 32 AÑOS	2	13	4	19
33 Y MÁS	3	20	5	24
TOTAL	15	100	21	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICAS
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



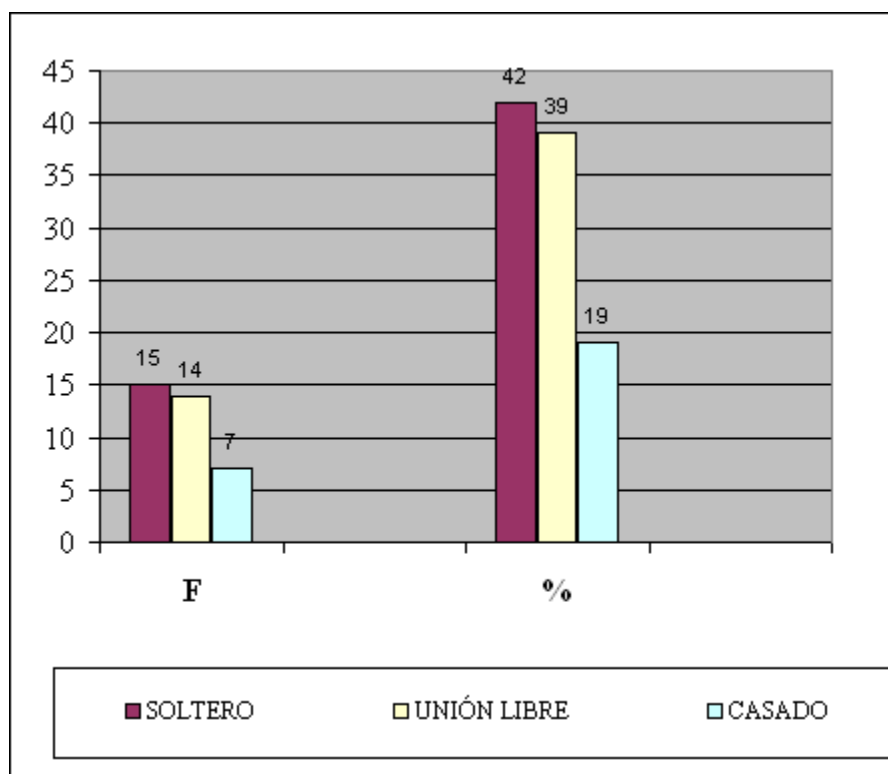
INTERPRETACIÓN:

La edad que predominó fue la de 15 a 23 años, en el sexo femenino en un 47 %; esta edad está considerada como adolescente, en donde se encuentra un sinnúmero de cambios tanto fisiológicos como psicológicos; a lo que están

CUADRO # 2
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES INTOXICADOS POR
ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR. "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005 - ENERO 2006.

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	15	42
UNIÓN LIBRE	14	39
CASADO	7	19
TOTAL	36	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICAS
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



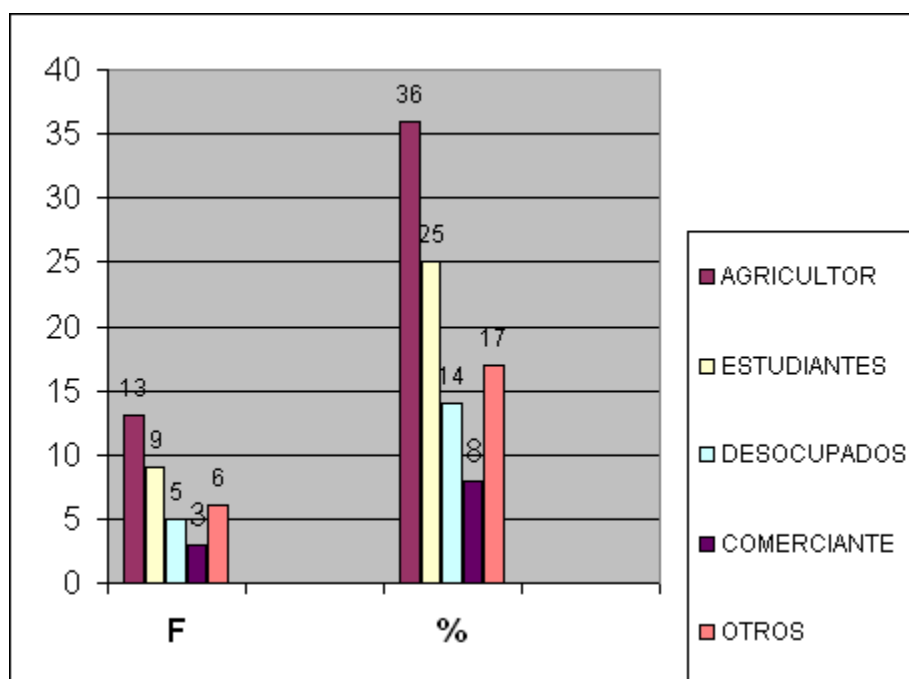
INTERPRETACIÓN:

El 42% de los pacientes intoxicados fueron solteros; vulnerables a los problemas sentimentales de parejas o por no ser comprendidos en el hogar por los padres Y toman medidas radicales como la de intoxicación para salir del entorno.

CUADRO # 3
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES INTOXICADOS POR
ORGANOS FOSFORADO SERVICIO EMEREGENCIA
HOSPITAL DR "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005- ENERO 2006

OCUPACIÓN	F	%
AGRICULTOR	13	36
ESTUDIANTES	9	25
DESOCUPADOS	5	14
COMERCIANTE	3	8
OTROS	6	17
TOTAL	36	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICAS
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



INTERPRETACION

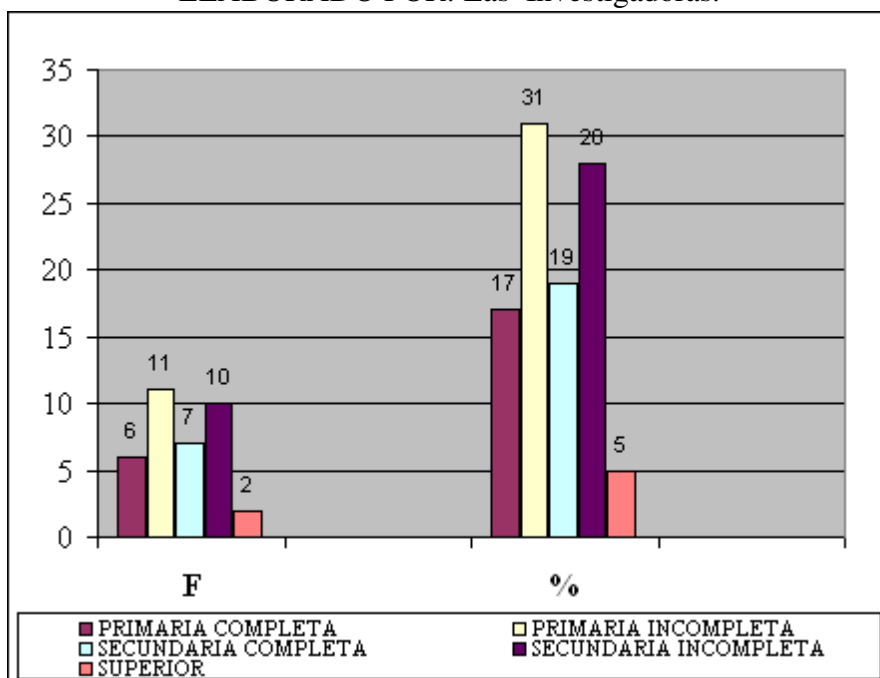
La ocupación prevalente son los agricultores en un 36%, por lo que tienen la factibilidad a los tóxicos por el trabajo diario, y en algunas ocasiones el almacenamiento inadecuado que le dan, es vulnerable para que cualquier Persona lo utilice para otros fines como el de suicida.

CUADRO # 4
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON INTOXICACIÓN
POR ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005- ENERO 2006

ESCOLARIDAD	F	%
PRIMARIA COMPLETA	6	17
PRIMARIA INCOMPLETA	11	31
SECUNDARIA COMPLETA	7	19
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	28
SUPERIOR	2	5
TOTAL	36	100

FUENTE: Historias Clínicas

ELABORADO POR: Las Investigadoras.



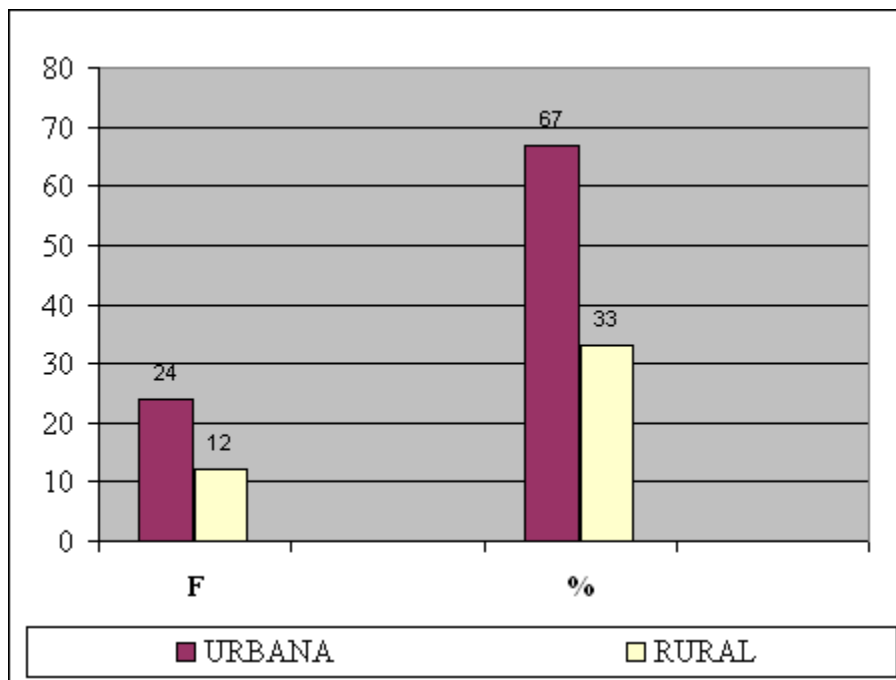
INTERPRETACION:

El 31% de la escolaridad de los pacientes corresponde a la primaria incompleta debido a que son personas que viven en el campo y su trabajo predominante es la agricultura, además los padres no tienen el factor económico para que ellos Continúen estudiando y se fraccione la educación.

CUADRO # 5
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON INTOXICACIÓN
POR ORGANOS FOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005- ENERO 2006

PROCEDENCIA	F	%
URBANA	24	67
RURAL	12	33
TOTAL	36	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICAS
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



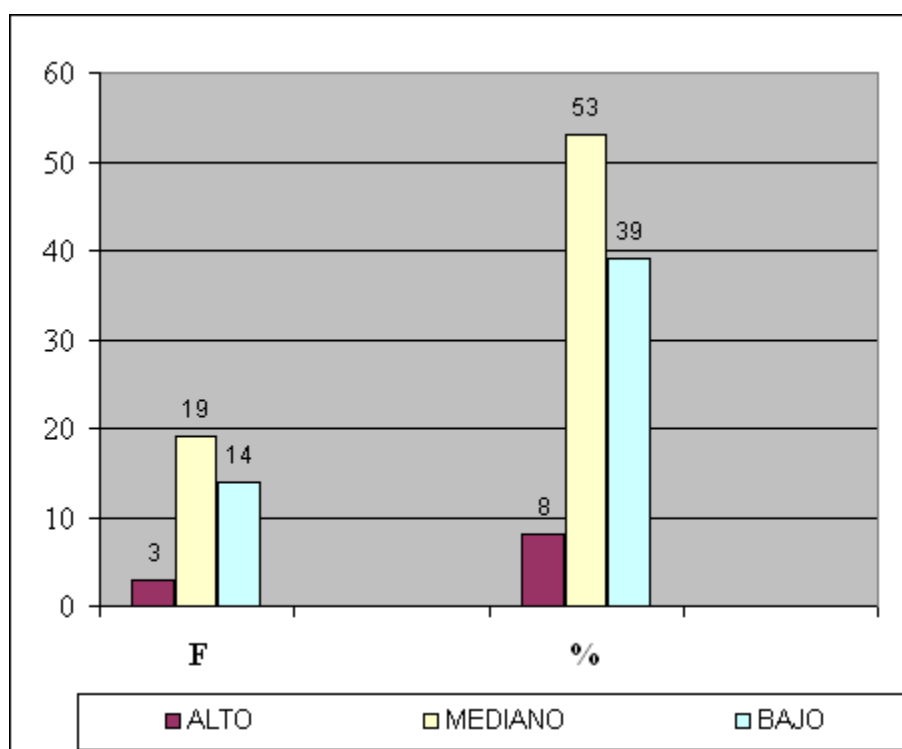
INTERPRETACION:

EL 67% de los pacientes atendidos en el área de la emergencia, habitan en el área urbana, esto nos da entender que los casos que se presentaron fueron por fines de quitarse la vida y no por accidente. Esta población viven en la ciudad porque han emigrado del campo.

CUADRO # 6
NIVEL ECONÓMICO DE LOS PACIENTES INTOXICADOS
POR ORGANOSFOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005- ENERO 2006

NIVEL ECONÓMICO	F	%
ALTO	3	8
MEDIANO	19	53
BAJO	14	39
TOTAL	36	100

FUENTE: HISTORIA CLÍNICAS
 ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.

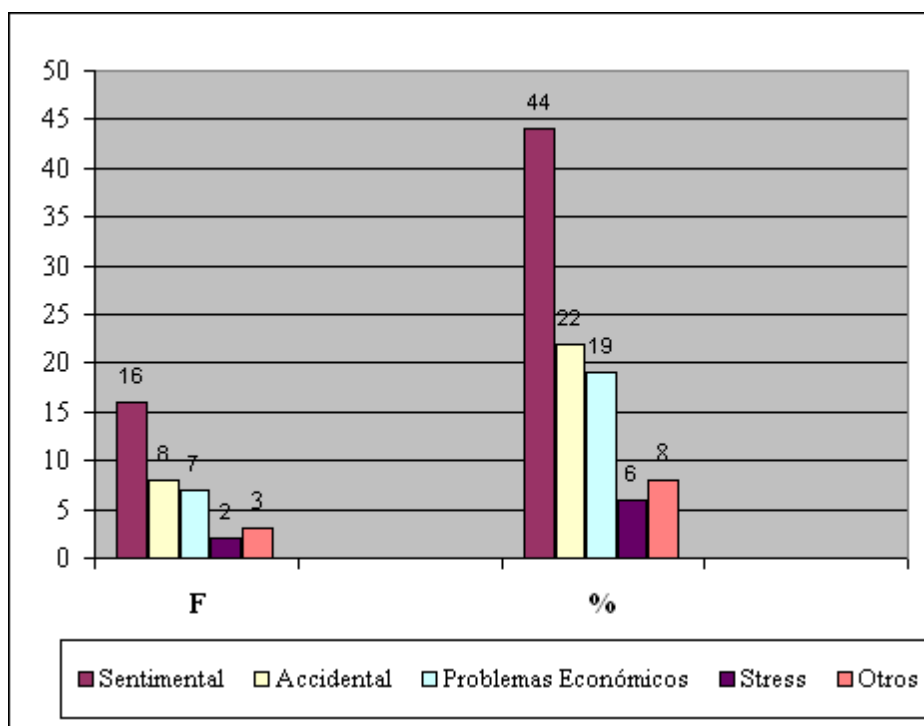


INTERPRETACIÓN:

El nivel económico de ingresos mediano en un 53% predominó; lo que hace suponer que en ocasiones esto sea una consecuencia para que el individuo Tome medidas como el de quitarse la vida, por no tener recursos para solventar los gastos que le demanda el quehacer diario.

CUADRO # 7
CAUSA DE INTOXICACIÓN POR ORGANOS FOSFORADO
DE LOS PACIENTES SERVICIO EMERGENCIA
HOSPITAL DR "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005 - ENERO 2006

CAUSAS DE INTOXICACION	F	%
Sentimental	16	44
Accidental	8	22
Problemas Económicos	7	19
Stress	2	6
Otros	3	8
TOTAL	36	100



INTERPRETACION:

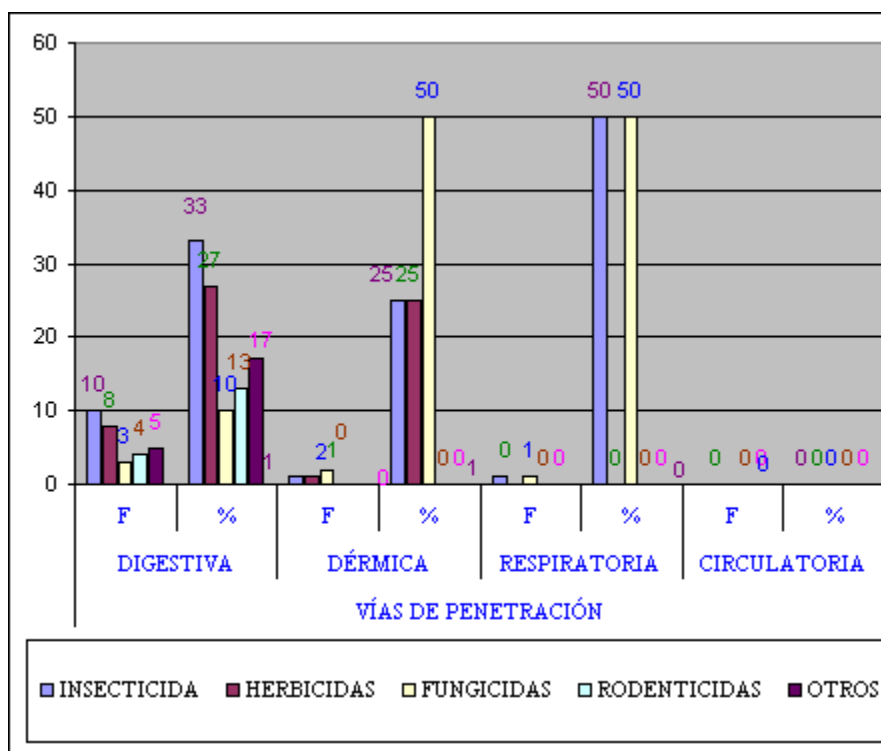
El 44% de las causas que predominó fue la sentimental, esto nos demuestra que tanto la edad como el sexo están ligadas a esta causa, ya que como es de conocimiento creen que es la manera más fácil de salir del problema.

CUADRO # 8

CLASE Y VÍAS DE PENETRACIÓN DEL TÓXICO EN PACIENTES CON INTOXICACION POR ORGANOS FOSFORADO SERVICIO EMERGENCIA HOSPITAL DR. "VERDI CEVALLOS BALDA" PORTOVIEJO AGOSTO 2005 - 2006

CLASE DE TÓXICOS	VÍAS DE PENETRACIÓN								TOTAL	
	DIGESTIVA		DÉRMICA		RESPIRATORIA		CIRCULATORIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
INSECTICIDA	10	33	1	25	1	50	0	0	12	33
HERBICIDAS	8	27	1	25	0	0	0	0	9	25
FUNGICIDAS	3	10	2	50	1	50	0	0	6	17
RODENTICIDAS	4	13	0	0	0	0	0	0	4	11
OTROS	5	17	0	0	0	0	0	0	5	14
TOTAL	30	100	4	100	2	100	0	0	36	100

FUENTE :HISTORIA CLÍNICAS
ELABORADO POR: LAS INVESTIGADORAS.



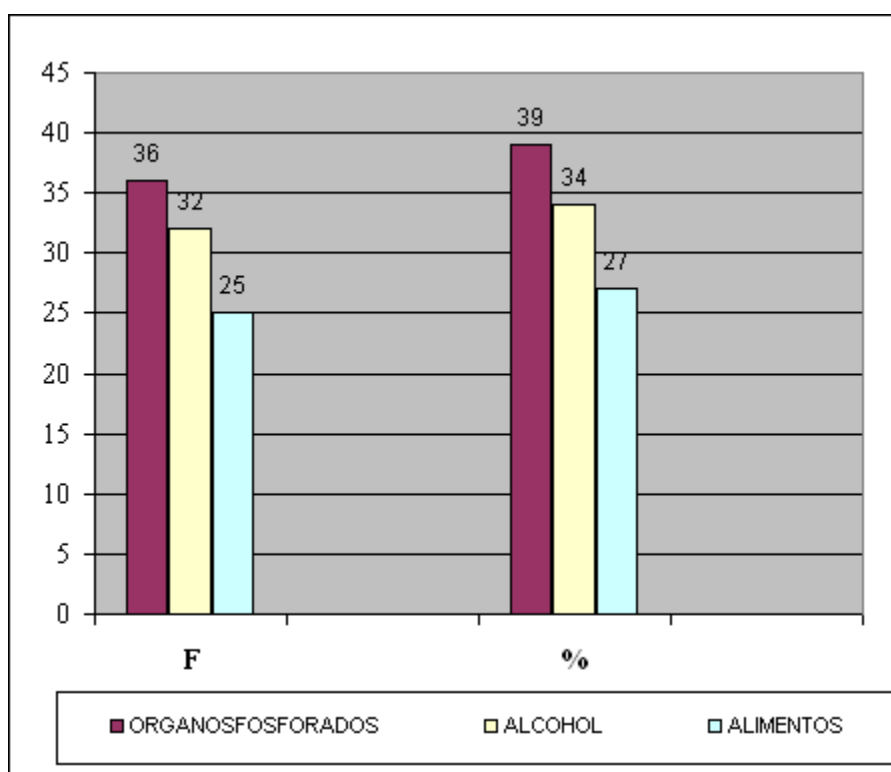
INTERPRETACIÓN:

El tóxico más utilizado por los pacientes fue el Insecticida y la vía de penetración fue la digestiva en un 33%, por que la ingieren utilizando la cavidad bucal siendo esta de fácil ingestión y absorción para el intento de suicidio.

CUADRO # 9
INCIDENCIA DE INTOXICACIONES SEGÚN TIPO DE TÓXICO
EN PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO
EMERGENCIA. HOSPITAL DR. "VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO. AGOSTO 2005 ENERO 2006

INCIDENCIA SEGÚN TIPO DE TÓXICO	F	%
ORGANOSFOSFORADOS	36	39
ALCOHOL	32	34
ALIMENTOS	25	27
TOTAL	93	100

FUENTE: LIBRO DE REGISTRO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.



INTERPRETACIÓN:

Según los registros se pudo constatar que el tipo de intoxicación que predominó fue por organosfosforado en un 39 %; por el uso indiscriminado que se utiliza en los cultivos y el poco cuidado en el almacenamiento después de haber quedado residuos en los recipientes, ya que a veces no se ocupan en su totalidad

DISCUSIÓN Y ANALISIS

Los registros obtenidos demostraron mayor incidencia de pacientes que ingresaron al servicio de emergencia con intoxicación por organofosforado correspondiendo al 39%, seguida por las intoxicaciones alcohólicas en un 34%, y las alimenticias con un 27% **(tabla # 9)**

Con las historias clínicas se determinó que hay un mayor ingreso de pacientes entre las edades comprendidas de 15 a 23 años con un 56% Es decir entre los adolescentes y adultos y es en estas edades donde hay más problemas sentimentales. Y en menor porcentaje de 6 a 14 años con un 2%. Una mayor incidencia en el sexo femenino con un 58%, siendo este el más susceptible, la mayor parte de estos son solteros en un 42%, ya que están expuestos a problemas sentimentales, o por no ser correspondido que es una de las causa de intoxicación mas frecuente. **(Tabla # 1-2)**

La ocupación más prevalente de estos pacientes son agricultores con un 36% por que estas personas tienen mas accesibilidad a estos tóxicos por que son de uso diario para su trabajo, y en algunos casos no hay un buen almacenamiento, siendo más vulnerables para utilizarlo como medio de suicidio. **(Tabla # 3)**

Los datos bibliográficos revelan que el sexo masculino es algo mas afectado 56% que el femenino, la edad más frecuente de intoxicaciones esta entre 15 y 25 años 35%, y entre 15 y 30 años ocurren el 75%, esto demuestra que es un problema de adolescentes y adultos jóvenes intoxicados.

La escolaridad de los pacientes intoxicados corresponde a primaria incompleta con un 31% debido a que la mayoría de estos son Personas se dedican al trabajo de agricultura desde pequeños y no alcanzan a terminar ni la primaria, en algunos casos estos es un factor que influye para el intento de suicidio ,y un 25% de estos tienen estudios secundarios incompletos, además los padres no tienen el factor económico para que ellos continúen estudiando. **(Tabla # 4)**

EL 67 % de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia, habitan en el área urbana, tomando como referencia la procedencia y la ocupación esto nos da entender que los casos que se presentaron fueron por fines de quitarse la vida y no por accidente debido a que estas personas no estuvieron expuestos directamente al toxico. **(Tabla # 5)**

El nivel económico de ingreso mediano en un 53% predominó; lo que hace suponer en ocasiones esto sea una consecuencia para que el individuo tome medidas como el de quitarse la vida, por no tener recursos para solventar gastos que le demanda el quehacer diario. **(Tabla # 6)**

La mayor causa de intoxicaron que se registra en estos pacientes es la sentimental con un 44%, relacionando esta causas con la edad y el sexo de los pacientes ya que se presenta mas en los adolescentes y en mujeres y estos piensan que es la manera más fácil de evadir los problemas; utilizando para esta acción el insecticida y la vía de penetración la digestiva en un 33% por lo que la ingieren a través de la cavidad bucal siendo esta de fácil ingestión y absorción para el intento de suicidio. **(Tabla 7)**

Se formuló una guía de observación para el personal de enfermería determinando la intervención que presta según protocolos de atención elaborados y reformados en esta investigación tales como: organosfosforado, alcohol y alimentos.

Mediante la guía se determino: que de las acciones del protocolo de atención a pacientes con intoxicación por organosfosforado se cumple por el personal de enfermería en un 24 %, omitiendo de 5 – 6 acciones en un 62%, este incumplimiento se debe a la rutinización y ausencia de este personal en ciertos turnos.

La intervención de enfermería en pacientes con intoxicación alcohólica se cumple en un 71%, y en el protocolo por alimentos en un 28 % omitiendo el mismo número de acciones que en los pacientes con intoxicación por organosfosforado. **(Tabla # 1-2-3)**

Se observo que no hay una buena distribución del personal de enfermería ya que solo hay un 25% de este personal distribuidos en el día, es así un 40% en la mañana un 25% en la tarde e insuficiente en la noche ya que no siempre se cuenta con este personal siendo responsable los internos de enfermería, y es aquí donde hay una mayor ingreso de pacientes intoxicados por organosfosforado y alcohol, lo que deduce que hay una demanda de enfermera profesional, considerando que debe existir un 50% de este personal en cada turno. **(Tabla # 4)**

Se pudo observar que en esta área se cuenta con material fungible suficiente con un 94% en los que se Incluye sondas, guantes, jeringuillas, soluciones, encontrando material insuficiente como sondas nasogástricas que no siempre hay las requerida, debido a que en ocasiones la institución no cuenta con este recurso, en cuanto a los equipos son suficiente en un 100% para la atención de los pacientes intoxicados, tomando en cuenta que diariamente se reciben de 1 a 2 pacientes, Se incluyen en estos: 2 succionador, 10 oxígeno, 3 bomba de infusión, 2 nebulizador, 1 electrocardiograma y 1 respirador. **(Tabla # 5)**

El servicio de emergencia esta provisto en un 100% de antidotos como tierra de fuller, atropina y medicamentos anticonvulsivantes necesarios para brindar una buena atención al paciente intoxicado por organosfosforado, tomando en cuenta que solo 13 de los 36 pacientes se los atropinizo, realizándose esta acción inmediatamente como medida especifica en las intoxicaciones. **(Tabla # 5.1)**

En el libro de registros del servicio de emergencia constan los datos de los pacientes tomando en cuenta que solo hay datos de identificación omitiendo destino del paciente, causa de intoxicación, y número de la historia clínica de los pacientes que ingresaron a otros servicios. Se lleva el kardex y la historia clínica completa cuando el paciente pasa a otro servicio de medicina interna lo que corresponde al 58%. Los

registros no se deben omitir estos datos por que son importantes y necesarios como fuente de información para completar investigaciones. **(Tabla # 6)**

Se observó que los pacientes reciben un control de enfermería al ingreso a este servicio en un 100%. Y luego lo controlaban y registraban cada 2 horas y después de 2 horas en un 56% realizándolo en los pacientes que fueron ingresados a otras áreas de medicina interna, considerando que estos pacientes deben ser controlados por lo menos cada hora durante las 6 primeras horas que son las mas criticas en los pacientes con intoxicación . **(Tabla # 7)**

Un 33% de pacientes que ingresaron con intoxicación estuvieron en observación las primeras 6 horas y luego dados de alta por que no presentaron complicaciones. Ingresaron a los servicios de clínica de mujer un 28%, clínica de hombre 25%, de pacientes y se registraron un mínimo porcentaje de fallecidos con un 8%.

(Tabla # 8)

CONCLUSIONES

Durante los meses de la tesis sobre intervención de enfermería en pacientes con intoxicaciones que ingresan al Servicio de emergencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Se concluye:

De los pacientes que ingresaron con intoxicación se diagnosticaron 36 casos por organosfosforado, 32 por alcohol y 25 por alimentos haciendo un total de 93 pacientes; registrándose mayor incidencia de pacientes intoxicados por organosfosforados. Se aplicó la guía de observación para el personal de enfermería y encuesta a los familiares de los pacientes que ingresaron por este tipo de intoxicación basándose en los protocolos de atención para las intoxicaciones que fueron reformulados por los investigadores con supervisión de la enfermera jefe del servicio de emergencia.

La mayor causa de ingreso por intoxicación es sentimental en edades comprendidas entre 15-23 años siendo más frecuente en mujeres que en hombres en etapa adolescente, solo el 17% de estos han terminado la primaria, porque sus posibilidades económicas no les permite seguir con los estudios superiores ya que se dedican a la agricultura, utilizando el tóxico insecticida por vía digestiva para el intento de suicidio.

No se cumple todas las acciones de enfermería omitiendo en cada uno de los protocolos de 5-a 6 acciones, tomando en consideración la rutinización del personal y la ausencia de éste en ciertos turnos.

Se observó que no hay una buena distribución del personal de enfermería ya que solo hay un 25% de este personal distribuidos en el día, es así un 40% en la mañana un 25% en la tarde e insuficiente en la noche ya que no siempre se cuenta con este personal siendo responsable los internos de enfermería, y es aquí donde hay una mayor ingreso de pacientes intoxicados por organosfosforado y alcohol, lo que

deduce que hay una demanda de enfermera profesional, considerando que debe existir un 50% de este personal en cada turno.

En el control de enfermería a los pacientes con intoxicación por organofosforado se dieron al ingreso del servicio en un 100%. luego lo controlaban y registraban cada 2 horas y después de 2 horas con un 56% realizándolo en pacientes que serán trasladados a otras áreas de medicina interna., estos pacientes deberían ser controlados por lo menos cada hora durante las 6 primeras horas, que son consideradas las mas criticas, concluyendo que no se esta brindando una buena intervención de enfermería.

El servicio de emergencia esta provisto de materiales tanto fungible, equipos y medicamentos para proporcionar una buena atención a los pacientes que acuden por intoxicación.

Existe un libro de registro de pacientes que ingresan a este servicio, omitiendo en muchos casos algunos datos del paciente intoxicado por ejemplo: el destino del paciente, causa de intoxicación. Y numero historia clínica de los pacientes que permanecen por más de 6 horas

Se recurrió al departamento de estadística donde se lleva un registro de todos los pacientes que ingresan con los diferentes tipos de intoxicación.

Durante los meses de estudio no se encontraron registro de los pacientes que fallecieron con intoxicación por organofosforado, en el servicio de emergencia y departamento de estadística.

RECOMENDACIONES

Al concluir con la tesis, después de haber obtenido los resultados de la guía de observación al personal de enfermería, encuesta a los familiares y pacientes con intoxicación por Organosfosforados que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, sugerimos:

Que los protocolos actualizados sean puestos en práctica por todo el personal de enfermería de este servicio y cumplan con cada una de las acciones en un 100%.

Los pacientes con intoxicaciones graves por organosfosforados se les realice un control general por lo menos cada hora durante las 6 primeras horas, que permanecen en este servicio considerando que son las más críticas.

Que se brinde en estas áreas donde llegan pacientes críticos seminarios de enfermería para una buena intervención, y así satisfacer las necesidades del paciente, prevenir complicaciones de morbimortalidad.

Que el personal que brinda atención a estos pacientes sean más humanista para contribuir en la pronta recuperación del paciente basándose en los tres principios éticos, como son: conservar la vida, evitar el deterioro y reincorporar al individuo sano y útil a la sociedad.

Una mayor demanda de personal profesional de enfermería en cada uno de los turnos rotativos, sobre todo en los turnos de la tarde y noche de 2 a 3 profesionales para contribuir así a una mejor atención de los pacientes intoxicados cumpliendo en un 100% las acciones.

Que la dirección del hospital determine como norma llevar un registro bien detallado en este servicio de los pacientes que ingresan y fallecen por intoxicaciones para

facilitar la búsqueda de registros. Además que le provean de insumos necesarios para la atención a estos pacientes

Que se sigan realizando estas investigaciones y que sean conocidas por las autoridades hospitalarias, para que se mejore la atención en estos servicios teniendo datos estadísticos.

PRESUPUESTO

TRABAJO DE PROTOCOLO Y 4 COPIAS.....	\$ 50
TRABAJO EN COMPUTADORA.....	\$ 400
TRANSPORTE.....	\$ 250
CONSULTAS Y HOJAS DE INTERNET.....	\$ 50
XEROX COPIAS.....	\$ 60
MATERIALES DE OFICINA.....	\$ 30
COPIAS DE TESIS.....	\$30
ESPECIES VALORADAS.....	\$25
DERECHOS DE CERTIFICACION.....	...\$ 20
EMPASTADOS DE TESIS.....	\$ 15
INFOCUS.....	\$ 10

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
SEMANAS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
SELECCIÓN DEL TEMA	X							
DENUNCIACIÓN DL TEMA A CONSEJO DIRECTIVO	X							
REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA	X X	X						
APROBACIÓN DEL TEMA	X							
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	X	X						
ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO	X	X						
REUNIÓN CON EL TRIBUNAL DE TESIS				X	X		X	
RECOLECCIÓN DE DATOS			X X X	X X X X	X X			
CLASIFICACIÓN DE DATOS					X X			
TABULACIÓN DE DATOS						X X X X		
ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR							X	
ELABORACIÓN DEL SEGUNDO BORRADOR							X	
ENTREGA DE TESIS								X
SUSTENTACIÓN DE TESIS								X

BIBLIOGRAFIA

-LOWDERMILK, Perry, et, al. Enfermería en aspectos clínicos. Edición N6. España, 2001.

MSP. Normas de atención. Editorial Edibosco, Quito-Ecuador, 1999

Dr. MUÑOZ, Hernán, et al. MSP. Manual de intoxicaciones agudas. Cuenca. 1999

NORDMARK, rohwer. Bases científicas de enfermería. Editorial Litoartes, 2da. Edición, México, 1995.

SALAZAR, Fernando, Dr. Gerencia de calidad en salud. I edición. Organización panamericana de la salud. Quito. 2000

MARSHALL, H. Asistencia de pacientes críticos. Editorial Medica-panamericana. España 1999.

CORREA, et al. Generalidades y clínica. Editorial impreandes, Medellín Colombia. 1998.

BERKOUW, rober. Manual de Merck de información médica. Editorial océano. Barcelona España. 2000.

OCEANO, Unidad intensiva. Quinta Edición. Universitaria, Barcelona - España. 1999.

KIDD. Sturt, Urgencia de enfermería. Editorial océano. España. 2002.

KRAMER, M. Impacto de intoxicación toxicológica. Editorial Harcourt. Colombia. 1998.

Proyecto de educación ambiental N3, plaguicidas y salud. Manual para el personal de enfermería. Fundación Natura.

Http: // WWW. Monografía. Com. Intoxicación por organosfosforado. / Trabajos / salud 20004

Http. Plaguicidas salud. Com. Intoxicaciones generalidades, 2000

Http. //. WWW Cepis, com. Organización Panamericana de la Salud. Intoxicaciones / auxilio / capitulo 8

Http. //. WWW Intoxicaciones alimentarias. Com. // Información medica de salud .2005. Htm

Http: // WWW. Medineplus. / Guía medica intoxicaciones alcohólicas Información de salud .2005. Htm.

Http. // WWW. Monografía. Com. Rol de la atención de enfermería.//, 2000 Htm.

ARMERS

GUIA DE OBSERVACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN CASO DE INTOXICACION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

ANEXO 1

FICHA N 1

AL INGRESO DE UN PACIENTE CON INTOXICACION EL PERSONAL DE ENFERMERIA BRINDA UNA ATENCION EN BASE A:

APLICA LOS PROTOCOLOS DE ATENCION SEGÚN EL CASO:

☺ EN PACIENTES INTOXICADO POR ORGANOSFOSFORADO

Cumple con las acciones a realizarse en los protocolos:

*todas: 17

* 16 - 11

* 10 - 5

☺ EN PACIENTES CON INTOXICACION ALCOHOLICA

Cumple con las acciones a realizarse en los protocolos:

*todas: 12

* 11 - 6

* Menos de 5

☺ EN PACIENTES CON INTOXICACION ALIMENTICIA

Cumple con las acciones a realizarse en los protocolos:

*todas: 8

* 7 - 3

EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA

EN ESTA AREA POR CADA TURNO ES:

* SUFICIENTE: MAÑANA --- TARDE --- NOCHE----

* INSUFICIENTE: MAÑANA--- TARDE ---- NOCHE ---

EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE LABORA EN ESTA
AREA POR CADA TURNO ES:

- * SUFICIENTE: MAÑANA----- TARDE---- NOCHE----
- * INSUFICIENTE: MAÑANA----- TARDE---- NOCHE-----

EL PERSONAL DE INTERNOS DE ENFERMERIA QUE LABORA EN
ESTA AREA POR CADA TURNO ES:

- * SUFICIENTE: MAÑANA----- TARDE---- NOCHE----
- * INSUFICIENTE: MAÑANA----- TARDE----- NOCHE----

CUENTAN CON LOS RECURSOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS
PARA LA ATENCION DE PACIENTES INTOXICADOS:

**MATERIALES
FUNGIBLES**

	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE
* GUANTES			
* JERINGUILLAS			
* SONDAS			
* SOLUCIONES			

EQUIPOS:

	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE
* SUCCIONADOR			
* OXIGENO			
* NEBULIZADOR			
* BOMBA DE INFUSION			
* ELECTROCARDIOGRAMA			
* RESPIRADOR			

MEDICAMENTOS:

ANTIDOTOS:

- * CARBON ACTIVADO
- * ATROPINA

EXISTE:

NO EXISTE:

ANTICONVULSIVANTE:

- * DIAZEPAN
- * FENOBARBITAL

REALIZA Y REGISTRA UN CONTROL DEL PACIENTE:

SI----- NO-----

DONDE REGISTRA LAS ANOTACIONES:

- KARDEX
- LIBRO DE REGISTROS
- FORMULARIOS 008
- HISTORIA CLÍNICA

COMPLETA

LO CONTROLA CADA QUE TIEMPO:

- AL INGRESO
- CADA MEDIA HORA
- CADA HORA

- MAS DE 2 HORAS

REGISTRA EL DESTINO DEL PACIENTE:

SI----- NO-----

- MEDICINA INTERNA: HOMBRE----- MUJER-----
- DOMICILIO-----
- FALLECE -----

CUESTIONARIO PARA LOS FAMILIARES, Y PACIENTES INGRESADOS EN EL AREA DE EMERGENCIA CON INTOXICACION POR ORGANOSFOSFORADO

ANEXO 2

FICHA N: 2

▪ **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:**

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

ESCOLARIDAD:

PROCEDENCIA:

▪ **CUANTOS CONFORMAN LA ESTRUCTURA DEL NUCLEO
FAMILIAR:**

2-4 PERSONAS -----

5-7 PERSONAS -----

MAS DE 7 PERSONAS -----

▪ **CUAL ES EL NIVEL ECONOMICO:**

ALTO -----

MEDIANO -----

BAJO -----

- CUAL FUE LA CAUSA DE INTOXICACION:

SENTIMENTAL-----

STRES -----

ACCIDENTAL -----

LABORAL -----

PROBLEMAS ECONOMICOS-----

OTROS -----

- CONOCE O CUAL ES EL TOXICO QUE INGIRO EL PACIENTE

SI----- NO-----

CUAL-----

- CONOCE CUAL FUE LA VIA DE PENETRACIÓN DEL TOXICO

RESPIRATORIA-----

DERMICA-----

DIGESTIVA-----

CIRCULATORIA-----

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANOSFOSFORADOS

CONCEPTO.- Los insecticidas órgano-fosforados son derivados del ácido fosfórico, los más representativos de este grupo son: Paratión, Malatión, Dimetoato, Fentión, Carbail, Albicarb, Proporxor y Diclofenatión.

Su toxicidad es muy variable, oscilando la dosis potencialmente letal por vía oral entre 10 mg, para el Paratión y 60 g para el Malatión. Son bien absorbidos por vía cutáneo-mucosas, respiratoria y digestiva.

Estos tóxicos actúan inhibiendo la colín esterazas produciéndose una acumulación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas colinérgicas centrales y periféricas o que condiciona efectos Muscarinicos sobre el tubo digestivo, los bronquios, el corazón, la vejiga urinaria, las glándulas lagrimales, salivales y sudoríparas provocando efectos nicotínico sobre los ganglios simpáticos y la unión neuromuscular, así como efectos sobre el SNC.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Son debidas a hiperestimulación colinérgica, que origina tras un periodo de latencia de 3 0-60 minutos lo siguiente:

MANIFESTACIONES MUSCARÍNICAS:

- Agitación,
- Ansiedad,
- Opresión Torácica,
- Miosis Pupilar,
- Nauseas,
- Vómitos,
- Sialorrea,
- Broncorrea,
- Lagrimeo,
- Incontinencia Urinaria,

- Hipertensión,
- Dolor Abdominal tipo cólico,
- Bradicardia,
- Diarrea,

NIFESTACIONES NICOTINICAS:

- Debilidad generalizada con Fasciculaciones y parálisis muscular que afecta la musculatura intercostal provocando depresión respiratoria.
- Taquicardia e hipertensión,
- Palidez,
- Midriasis (poco frecuente)

NICOTINICAS CENTRALES

- Cefalea,
- Vértigo,
- Inquietud,
- Falta de concentración,
- Confusión y Psicosis,
- Temblor;
- Ataxia y Disartria,
- Convulsiones,
- Coma,
- Arritmias (bradicardia sinusal, bloqueo auriculoventricular, fibrilación auricular) etc.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS COMPLEMENTARIAS:

- Glicemia
- Gasometría arterial
- EKG
- Hemotimetria con fórmula leucocitaria
- Bioquímica sanguínea

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- mediante la anamnesis
- examen físico
- exámenes de laboratorio
- mediante signos y síntomas

TRATAMIENTO:

- Si la intoxicación se ha producido por absorción cutánea: retirar las ropas y lavar la piel enérgicamente con agua y jabón.
- Si el tóxico ha sido ingerido se procederá al lavado gástrico.
- Reposición de líquidos y ventilación asistida con aspiración de secreciones si es necesario.
- Administración de atropina a dosis de 1 mg c/3 minutos por vía IV que se repiten, hasta que desaparezcan los signos Muscarinicos o hasta que aparezcan los signos de atropinizacion, requiriéndose por lo general hasta 30 mg c/24 h.
- Administración de pralidoxima antes de las 36 h. A dosis de 30 mg/Kg. c/4 h, por vía IV lenta diluida en 100 ml de suero fisiológico a un ritmo de 1 ml / mm
- Diazepam a dosis de 5-10 mg IV lenta en caso de existir convulsiones o ansiedad

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS:

- Eliminar o inactivar el toxico antes que se absorba
- Empezar medidas de sostén para conservar la función de los órganos vitales
- Iniciar el régimen terapéutico para la eliminación de la sustancia ingerida.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

RAZÓN CIENTÍFICA

1.- Mantener vía aérea permeable

Necesario para mantener buen Intercambio gaseoso entre el O₂ y CO₂.

2.- Mantener una vía endovenosa Permeable

Necesaria para mantener el acceso disponible para la administración de Medicamentos y reposición de Líquidos.

3.-Colocación de sonda nasogástrica Calibre grueso (18)

nos permite tener la vía para aspirar secreciones si es necesario.

4.- VALORACION: que constara de
Anamnesis:
Edad- sexo- procedencia
Tipo y datos del agente ingerido
Examen físico:
Exploración cefalo-caudal rápida.
Valorar cada uno de los signos y síntomas

nos ayude a actuar según la clase de órgano fosforado

- | | |
|--|--|
| 5.- Aspiración de secreciones | para evitar broncoaspiración por Las mismas ya que pueden estar Excesivas. |
| 6.- Lavado gástrico con solución Salina. | Ayuda a reducir la absorción del Toxico ingerido. |
| 7.- Oxigenoterapia en mínima dosis Controlando la oximetria del pulso Para corroborar sus valores normales. | este oxigeno puede producir reseque- dad de mucosas. |
| 8.- Mantener preparado el charol de paro. | para actuar inmediatamente en caso De complicaciones. |
| 9.- Provocar vomito con el carbón Activado | si el paciente esta consiente y dependiendo del tiempo y del toxico Ingerido. |
| 10.- Posición decúbito lateral izquierda Y cabecera baja | En caso de coma para disminuir el riesgo de bronco aspiración en caso Realizar vomito. |

11.- Descontaminación cutánea
Con agua y jabón
Inmediatamente

Es importante para disminuir la dosis adsorbida del toxico en caso que la vía de entrada haya sido cutánea. Luego se lo realizara 2-3 veces al día

12.-Administración de medicamentos:

Atropina

Revierte el cuadro muscarinico al Bloquear, competitivamente la La acción de acetilcolina en los re-Sectores Muscarinicos. Valorar signos de atropinizacion

Pralidoxina

Desaparece las Fasciculaciones la Parálisis muscular y las crisis con Convulsivas. Vía IV dosis de 1gr Se repite en 30 mnt si la respiración No ce reanuda

Diazepam

Importante para resolver la ansiedad Y las convulsiones.

13.- Toma de muestra de exámenes para Laboratorio.

- Colinesterazas
- Gases arteriales
- Electrolitos

para determinar valores de estos y actuar impidiendo complicaciones

- 14.-Monitorización continúa**
De SV. Cada hora .
- Para detectar posibles complicaciones
Que ponen en peligro la vida
Del paciente como la insuficiencia
Respiratoria, arritmias, etc.
Debe estar monitorizado y control de
Líquidos por bomba de infusión
- 15.-Valoración neurológica y pupilar**
Cada 30 minutos, y pulso
- Para evaluar el estado de conciencia
así como también la reacción de la
Atropina.
- 16.- Higiene general del paciente**
Del paciente
- Ayuda a una mejor apariencia
del Paciente e infecciones -
Cruzadas.
- 17.-Educación y apoyo emocional**
- Crea un entorno de apoyo a la
Familia, la participación de la
Misma en el cuidado del paciente
Durante su hospitalización, los
Ayuda a sentirse útiles y a aprender
a cuidar al paciente.

PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACINETES CON INTOXICACION ALCOHOLICA

CONCEPTO.- Las intoxicaciones agudas por alcohol pasan por diversa fases que dependen de la concentración de alcohol en la sangre.

El alcohol es rápidamente absorbido por el tubo digestivo, como se absorbe mas rápido de lo que se metaboliza y se elimina sus valores en sangre aumentan rápidamente. La mayor parte del alcohol se metaboliza en el hígado.

Este deprime las funciones cerebrales, la intensidad dependerá de, los valores en sangre.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Efectos sobre el sistema nerviosos central: temblor disfagia, en los reflejos y la marcha, alteraciones de la conciencia.
- Hiperactividad del sistema nervioso autónomo: (sudoración, hipertensión, taquicardia, taquipnea, fiebre.
- Mareos, vómitos, dolor abdominal, deshidratación.
- Paso de euforia inicial, a un estado de confusa embriaguez que puede culminar en el coma.

PRUEBAS DE DIAGNOSTICO:

- Examen de laboratorio : Hemograma, transaminazas que están aumentadas
- Electrolitos
- Gases sanguíneos.

TRATAMIENTO:

- evitar el enfriamiento del paciente
- evitar que el paciente se deshidrate.
- vigilar la respiración.
- Colocar al paciente en decúbito lateral
- Administración de vitaminas
- Administración de una solución glucosada y salina.
- Si hay fiebre bajar con medios físicos si no cede dar paracetamol
- Sedantes diazepam 5mg IV repetir si es necesario.
- Corrección de trastornos electrolitos.
- Polivitaminoterapia, en particular B1, B2
- Tratamiento de hipoglucemia o hipomagnesemia.
- Administración de tiamina dosis de 100mg IV.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

OBJETIVO:

Brindar atención directa, oportuna y eficaz a pacientes que ingresan por intoxicación alcohólica.

ACCIONES DE ENFERMERIA

RAZON CIENTIFICA

- | | |
|---|---|
| 1.- Exploración física
Rápida. | para identificar, enfermedades
Lesiones cráneo-encefálicas
Neumonías por aspiración |
| 2.- Administración de líquidos.
IV. | Para corregir deshidratación
Y la hipoglucemia |
| 3.- Mantener vías aéreas
Permeables. | para mantener un intercambio
Gaseoso eficaz. |
| 4.- Administración de
Oxígeno. | si el paciente tiene esta Deprimido
Y no realiza un buen intercambio
gaseoso y demanda oxigenoterapia |
| 5.- Control de signos vitales.
Cada hora | Los signos vitales están altera-
dos hay taquipneas taquicardia
Hipertensión, hipotermia. |
| 6.- Control de glicemia.
Cada 4 horas | El paciente presenta hipoglucemia
Y ay que actuar para corregirla |

- | | |
|---|---|
| 7.- Valoración de la escala de Glasgow. Cada 4 horas | para determinar complicación
Sobre los efectos del alcohol
En el Sistema Nervioso Central |
| 8.- Colocar al paciente en Decúbito lateral | para evitar bronco aspiración por el vomito. |
| 9.- Administración de medicamentos: | |
| - Tiamina | 100mg IV |
| - Diazepan | en caso de agitación 5mg IV
Lenta, vigilando la respiración
(riesgo de depresión) |
| 10.- extracción de muestra de Sangre | para valorar el volumen de alcohol en la sangre. Y determinar complicaciones. |
| - Glucosa
- Electrolitos
- Gasometría | Puede estar alterada.
para corregir una posible acidosis metabólica. |
| 11.- Higiene general del paciente
Del paciente | Ayuda a una mejor apariencia del Paciente. |
| 12.- Educación y apoyo emocional | Crea un entorno de apoyo a la Familia, la participación de la Misma en el cuidado del paciente Durante su hospitalización, Ayuda a sentirse útiles y aprender a cuidar al paciente. |

PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INTOXICACIONES ALIMENTICIAS

CONCEPTO: es la intoxicación provocada por la ingestión de sustancias alimenticias que contienen toxinas, o aquellas que están en estado de descomposición, alimentos mal cocinados ya sean frutas, verduras y otras.

SINTOMAS:

- Periodo de invasión.- tras un periodo de incubación de 12 a 24 horas aparecen síntomas generales(cansancio, debilidad, dolor de cabeza, mareos) Trastorno digestivos (vomito diarrea) la temperatura es normal-

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

- El diagnostico se confirma por la detección de la toxina en el alimento.
- El contenido gástrico.
- Examen de heces.
- Antecedentes de ingestión de conservas.
- Electrolitos.
- Gases sanguíneos si esta en coma.

TRATAMIENTO.

- * Lavado gástrico, si se sospecha la presencia de residuos alimenticios en el estomago
- * Hidratación parenteral
- * Alimentación parenteral (en caso de que el paciente llegue al coma y este en estado de desnutrición.
- * Humidificación de las vías aéreas y respiración asistida.
- * Antibióticoterapia

INTERVENCION DE ENFERMERIA

OBJETIVO:

- iniciar régimen terapéutico para eliminar el toxico
- Prevenir complicaciones

ACCION DE ENFERMERIA

RAZON CIENTIFICA.

1. Valoración rápida:

Ananesis
Examen físico

para determinar el estado de conciencia
Conocer el tipo de alimento ingerido,
tiempo de ingestión para actuar eficaz-
mente

2. Hidratación IV

Prevenir una deshidratación por el vomito
y las diarreas.

3. Colocación de sonda

Nasogástrica y
Lavado gástrico.

nos permite actuar inmediatamente en
caso de aspirar secreciones y eliminar
Residuos alimenticios tóxicos en el
Estomago, y que no aya pasado más de
1 hora

4. Administración de oxigeno

la toxina ingerida puede causar depresión
Respiratoria. Este debe ser humidificado.

5. Administración de medicamentos.

Estos pueden ser para el vomito y los
Antibióticos para corregir alguna
Infección y eliminar la toxina.

6. Tomar muestras para examen
Laboratorio

para determinar la toxina ingerida y
valorar en si los parámetros normales
De sangre, electrolitos gases
Arteriales.

7. Higiene general.

Esta es una mediad de cuidados para
Prevenir, mala higiene y mejora el
Estado del paciente.

8. Educación y apoyo emocional

Crea un entorno de apoyo a la
Familia, la participación de la
Misma en el cuidado del paciente
Durante su hospitalización, los
Ayuda a sentirse útiles y aprender
a cuidar al paciente.