



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADO
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO
CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023

PRESENTADO POR:
ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO**

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADO
SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO
CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023**


PRESENTADO POR:

ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARÍA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09



UNIVERSIDAD ANDINA
"Néstor Cáceres Velásquez"
ESCUELA DE POSTGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°351-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 24 de setiembre del 2024

VISTO:

El Expediente N°816 de la Egresado (a): **HUARANCA ESPIRILLA ROSA LUZ** con DNI N°24699811 y Código N°1410733014 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** Sub Sede Sicuani de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** Sub Sede Sicuani de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a): **HUARANCA ESPIRILLA ROSA LUZ**, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo Jurados los siguientes Docentes:

- Presidente** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- Primer Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- Segundo Miembro** : **Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

- Fecha** : **Viernes 27 de setiembre del 2024**
- Hora** : **08:30 am**
- Lugar** : **Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA**

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSTGRADO
DIRECCIÓN
JULIACA
Dr. Leopoldo Wenceslao Cordon Carr
DIRECTOR.(e)



PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APACADO EN UN PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	10%
---	--	-----

2	1library.co Fuente de Internet	2%
---	-----------------------------------	----

3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
---	--	----

4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
---	--------------------------------	----

5	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
---	-------------------------------------	----

6	fenixfundacion.org Fuente de Internet	<1%
---	--	-----

7	revistamedica.com Fuente de Internet	<1%
---	---	-----

hdl.handle.net



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	24699811
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-0233-1423
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4252-5265
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: Hospital Alfredo Callo Rodriguez Sicuani País: Perú Departamento: Cusco Provincia: Canchis Distrito: Sicuani -14.26482, -71.22829 https://maps.app.goo.gl/ymjjLFWwnURQyJZr5</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 – 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MOYATA
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA, identificado con DNI Nro. 24699811 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
Programa de Segunda Especialidad,
Programa de Maestría o Doctorado

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023

Asesorado por:

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 21 de 10 del 2024

FIRMA (ASESOR)

FIRMA (obligatoria)



Huella





DEDICATORIA

A Dios, que siempre me da fuerza para continuar adelante.

A mis hijos que me brindaron apoyo moral para seguir adelante y cumplir mi meta en mi carrera profesional.



AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi agradecimiento a postgrado por haberme dado la oportunidad de seguir mi segunda especialización profesional.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
OBJETIVOS.....	xiii
OBJETIVO GENERAL	xiii
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	xiii

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN.....	1
1.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	2
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL	2
1.4. ANTECEDENTES	2
1.5. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.....	2
1.6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	3
1.7. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS	3
1.8. EXÁMEN FÍSICO	3
1.9. DIAGNÓSTICO MÉDICO	5
1.10. TRATAMIENTO MÉDICO	5
1.11. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	6

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS	10
2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS.....	10



2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA..... 12

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS..... 13

3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN 14

CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE 17

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN..... 20

5.2. FISIOPATOLOGÍA 20

5.3. CLASIFICACIÓN..... 21

5.4 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE ÓRGANOS FOSFORADOS
SON: 21

5.5 DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD DE LOS ÓRGANOS FOSFORADOS,
SUS EFECTOS PUEDEN CLASIFICARSE EN: NICOTÍNICOS 22

5.6 EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL 23

5.7 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD 23

5.8 DEFINICIÓN DE TÓXICO 24

5.9 TOXICOLOGÍA..... 25

5.10 TÓXICO Y VENENO 26

5.11 DEFINICIÓN DE ÓRGANO FOSFORADO 26

5.12 VÍA DE ENTRADA DEL TÓXICO 26

5.13. CUADRO CLÍNICO 29

5.14. DIAGNÓSTICO 30

5.15. EXÁMENES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS..... 30

5.16. TRATAMIENTO..... 31



5.17. CUIDADO DE ENFERMERÍA	32
5.18. Marco conceptual	34
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	40



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Hematológico	5
TABLA 2 Esquema de valoración	8
TABLA 3 Valoración según clasificación de dominios	9
TABLA 4 Diagnóstico de enfermería	12
TABLA 5 Esquema de planificación	14
TABLA 6 Plan de cuidado enfermero 1	15
TABLA 7 Plan de cuidado enfermero 2	16



RESUMEN

TÍTULO. PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023.

Objetivo. Brindar el proceso de cuidado de enfermería oportuna al paciente por intoxicación por organofosforados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani

2023. **Procedimiento.** Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que forma de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La eficacia en el tratamiento se evaluó mediante una evaluación completa. Al examinar los resultados, se identificaron áreas probables para mejorar las participaciones futuras. Las manifestaciones subjetivas y las observaciones se aplican en el plan de atención y la evaluación integral.

Conclusión. En 2023, el paciente en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani intento una mejora hemodinámica debido a la atención del proceso de cuidados de enfermería y una intoxicación por órgano fosforado. **Recomendación.** La responsabilidad específica de los profesionales de la enfermería de observar a las necesidades humanas exige que sean preparados, formados y mantengan sus conocimientos en la conexión enfermero-paciente

Palabras claves. cianosis, cólico, convulsiones, intoxicación, tratamiento.



ABSTRACT

QUALIFICATION. NURSING CARE PROCESS APPLIED TO A PATIENT WITH ORGAN PHOSPHORUS INTOXICATION EMERGENCY SERVICE HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023. Objective. Provide the timely nursing care process to the patient due to organophosphate poisoning at the Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023 Hospital. Procedure. It is the application of the scientific method in healthcare practice that consists of five steps: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. Treatment efficacy was evaluated through a complete evaluation. By examining the results, likely areas for improving future engagements are identified. Subjective manifestations and observations are applied in the care plan and comprehensive evaluation. Conclusion. In 2023, the patient at the Alfredo Callo Rodríguez Sicuani Hospital attempted hemodynamic improvement due to the attention of the nursing care process and phosphorus organ poisoning. Recommendation. The specific responsibility of nursing professionals to observe human needs requires that they be prepared, trained and maintain their knowledge in the nurse-patient connection.

Keywords. cyanosis, colic, seizures, poisoning, treatment.



INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención al paciente se asegura mediante el proceso de enfermería, que se fundamenta en un amplio marco teórico. El objetivo es responder a las necesidades presentes y futuras de personas, familias y comunidades mediante esta herramienta.

Como profesionales que brindamos cuidado, las enfermeras especialistas servicio de emergencia debemos ser capaces de realizar una correcta valoración para confirmar que estamos ante pacientes que muchas veces son críticos y no se les da la debida importancia de la misma manera detectar complicaciones que se pueden presentar durante su estadía. Siendo importante la valoración que se realiza al ingreso del paciente al servicio de emergencia.

Nuestra labor no solamente es realizar la atención sino que somos facilitadoras de experiencias que enseñamos y orientamos al paciente familia y comunidad , en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez ,se atiende a pacientes que toman la decisión de ingerir órganos fosforados , los cuales llegan en mal estado y la enfermera debe realizar adecuadamente la valoración Como enfermera, es imperativo que esté equipada para prestar atención de enfermería a estos pacientes, ya que la clasificación o el cuidado inadecuados pueden resultar en una reacción en cadena persistente o incluso la muerte. Por lo tanto, llevo a cabo el proceso de enfermería en el paciente. con intoxicación por órganos FOSFORADOS.



Este trabajo académico sobre el procedimiento de atención de enfermería se ha producido de conformidad con el actual reglamento de grado y título de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" – Escuela de Postgrado. Está ordenado en cinco capítulos, como se ilustra a continuación: En el capítulo I, se determina la valoración

En el capítulo II, se prioriza el diagnóstico de enfermería.

En el capítulo III, se elabora la planificación.

En el capítulo IV, se realiza la ejecución y evaluación.

En el capítulo V, se determina el marco teórico.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OG. Brindar el proceso de cuidado de enfermería oportuna al paciente por intoxicación por organofosforados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Realizar un diagnóstico de enfermería al paciente por intoxicación por organofosforados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023

OE2. Planificar el proceso de cuidado de enfermería al paciente por intoxicación por organofosforados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023

OE3. Ejecutar la atención de enfermería adecuada y de manera componente por medio de intervenciones al paciente por intoxicación por organofosforados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023.

OE4. Evaluar el proceso de atención de enfermería por medio del resultado deseado (NOC) y las intervenciones aplicadas (NIC) al paciente por intoxicación por organofosforados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023.



CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE : Alex Cahuascanco C.

EDAD : 26 años

H. CL : 277567

SEXO : Masculino.

FECHA DE NACIMIENTO : 02 marzo de 1998.

GRADO DE INSTRUCCIÓN : Superior.

PROCEDENCIA : Sicuani.

DOMICILIO : Sicuani

ESTADO CIVIL : Conviviente.

RELIGIÓN : Católico

OCUPACIÓN : Moto-Taxista.

FECHA INGRESO : 23-05-2023.



HORA INGRESO : 13.30 p.m.

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Un paciente varón de 32 años y su amigo se presentan en el departamento de emergencias con quejas de envenenamiento por órgano fosfato. indicando que su esposo presenta dolor abdominal intenso y vómitos frecuentes.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Pareja indica que encontró a su esposo en su habitación votando espuma de la boca e intenso dolor abdominal acompañado de vómitos, a lado de su mesa se encontró un sobre de sustancia desconocida (raticida- campeón).

Por la cual fue trasladado por emergencia al Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani.

1.4. ANTECEDENTES

Padres : Fallecidos.

Hermanos : 06

1.5. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Hábitos Nocivos:

bebida : A veces

Mate : Si a veces

Fuma : No

Alucinógeno : No

Fisiológicos:

Oriundo : Parto eutócico.

Amamantamiento : Exclusivo.

Inmunógeno : Incompleto.



Alimentación : mixta adecuada

1.6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Emergencia : Hasta la fecha no se han notificado hospitalizaciones.

Dolencias crónicas : nada

Dolencias eruptivas : No presente

Dolencias emergentes : no existen

Contusión : No refiere

1.7. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Hogar : Rustica

Servicios Básicos : Completo

Limpieza : Limpieza pública

1.8. EXÁMEN FÍSICO

EXÁMEN GENERAL:

Inspección general:

Posición : cubito dorsal.

Estado de conciencia : Soporoso.

Estado nutricional : Acorde a los años

Estado de hidratación : Palpación.

Estado de higiene : Oportuno.

Piel : Tibio.

Signos vitales:

FC : 76 X minuto.

FR : 18X'

T° : 36°C



PA : 90/40 mmhg.

Pupilas : anisocoricas puntiformes de 1mm.

EXPLORACIÓN CLINICA

Examen Físico General:

Cabeza : sin presencia de depresiones.

Cejas y pestañas : Normal.

Ojos : Visión borrosa.

Pupilas : Anisocoricas.

Conjuntiva palpebral: Rojiza.

Nariz : Cavidad nasal permeables.

Oreja : Pabellón auricular proporcionado

Boca : Labios proporcionados, lengua saburral, mal aliento.

Cuello : móvil cilíndrico. No se palpa adenopatías.

Tórax : Proporcionado murmullo vesicular preservado dolor torácico.

Abdomen : Flacido depresible dolencia a la palpación profunda.

Columna vertebral : Normal.

Genitales : Sin alteraciones aparentemente.

Extremidades : Presenta tono y tropismo disminuido.

ANTROPOMETRÍA:

Peso : 60 kilos (aprox.)

Talla : 1m 65 cm. (a



TABLA 1 Hematológico

HEMATOLÓGICO	VALORES ENCONTRADOS	VALORES NORMALE	INTREPRETACION
Hematocrito	39%	35 a 40%	Dentro de los valores normales
Hemoglobina	14 Gr/d	14–16 g/100 ml	Dentro de los valores normales
Leucocitos	7600 mm ³	5000 a 10,000mm ³	Dentro de los valores normales
Segmentados	68%	55 a 75 %	Dentro de los valores normales
Linfocitos	22 %	25 a 45%	Dentro de los valores normales
Monocitos	03%	3.5 a 7.5 %	Dentro de los valores normales
Factor Rh	Positivo		
Grupo sanguíneo	O		puede recibir sangre del grupo O

Nota. Valores

1.9. DIAGNÓSTICO MÉDICO

Envenenamiento por órgano fosforado

1.10. TRATAMIENTO MÉDICO

Cloruro de sodio 9%

Atropina 1gr.

Gluconato de calcio

Omeprazol 40mg cada 24 horas EV

Ceftriaxona 2gr cada 24 horas EV

Clindamicina 600mg cada 8 horas EV

Bicarbonato de sodio 8.4% 8 ampollas (bolo)



Metoclorpramida 10 mg cada 6 horas EV

Lavado gástrico

Entubación.

Fenitoina

Oxígeno por CBN 5 litros x'.

Sonda nasogástrica 16

Sonda vesical 16

1.11. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Un enfermo varón de 26 años encontrado por su mamá en estado inconsciente motivo por el cual es llevado al Hospital Alfredo Callo Rodríguez en el cual se inicia con gástrico e intubación.

VALORACIÓN; SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES:

1.12. VALORACIÓN POR DOMINIOS

DOMINIO: I PROMOCIÓN Y VITALIDAD:

Paciente refiere que vive con su esposa y su hija

No quiere volver a su casa porque hay mucha discusión con su pareja

DOMINIO: II NUTRICIÓN:

Se le realiza lavado gástrico

Peso 60 kilos dieta blanda

DOMINIO: III ELIMINACIÓN:

Micción con sonda vesical

Respiración profunda

DOMINIO: IV ACTIVIDAD Y REPOSO:

Paciente que se encuentra incomodo por la dificultad respiratoria



DOMINIO: V PERCEPCIÓN/COGNICIÓN:

Reflexión y percepción: orientado en tiempo y espacio. (Soporoso)

Atribuye su problema para no discutir con su pareja ya que siempre lo hacen.

DOMINIO: VI AUTOPERCEPCIÓN:

Paciente que se siente triste por no tener la comprensión de su pareja.

DOMINIO: VII ROL/RELACIONES:

Paciente no tiene ningún tipo de apoyo de familiares

DOMINIO: VIII SEXUALIDAD:

Complicaciones de sexualidad no manifiesta

DOMINIO: IX AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Las discusiones con su pareja le ponen nervioso

DOMINIO: X PRINCIPIOS VITALES:

son miembros de la fe católica

DOMINIO: XI SEGURIDAD Y PROTECCIÓN:

Paciente vive con su pareja y su hija no se siente segura porque existe mucha discusión por falta de dinero

DOMINIO: VII CONFORT:

Paciente refiere que se encuentra incomoda quiere irse a casa

DOMINIO: VIII CRECIMIENTO / DESARROLLO

Peso más o menos de 60 kilos.



1.1.3. ESQUEMA DE VALORACION

TABLA 2 valoración

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASE CODIGO	BASE TEORICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
Mama indican que descubrieron a su hijo en su cuarto en el piso	DOMINIO 1: PROMOCION DE SALUD CLASE 2: DIRECCION DE LA SALUD.	La promoción de la salud implica ayudar a las personas a asumir la responsabilidad de su propio bienestar con el fin de mejorarlo. La investigación se centra principalmente en formas de aumentar la calidad de vida	Paciente intoxicado	Describe la reducción de factores de riesgo.
Paciente orientado con dolor de estómago, en su estado se roca el pecho	DOMINIO 4: ACTIVIDAD /Y DESCANZO CLASE 2: RESPUESTA CARDIOVASCULARES/ PULMONARES, DIGESTIVO	Una persona o cosa está en reposo cuando no está tensa, sino más bien relajada.	Disminución del gasto cardiaco	taquicardia
Paciente tiene miedo de morir a pesar que ella se tomó el raticida	CLASE 2: RESPUESTA AL ENFRENTAMIENTO CODIGO 00184	Forma de cumplimiento de los acontecimientos esenciales.	Paciente se encuentra Con un órgano fosforado raticida	Pelear con su pareja constantemente

Nota. Valores



ESQUEMA DE VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS

TABLA 3 Valoración según clasificación de dominios

D1: PROMOCIÓN DE LA SALUD	D2: NUTRICIÓN	D3: ELIMINACIÓN INTERCAMBIO	D4: ACTIVIDAD REPOSO	D5: PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN	D6: AUTOPERCEPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Paciente refiere que vive con su pareja y su hija. No quiere volver a su casa por mucha discusión con pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> Se le realiza nuevamente lavado gástrico Peso 60 kilos dieta blanda. 	<ul style="list-style-type: none"> Micción con sonda vesical. Respiración con oxígeno. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente que se encuentra incomoda por la dificultad respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de conciencia: soporoso Atribuye su problema para que pareja discuta cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente que se siente triste por no tener la comprensión de su pareja.
D7: AUTOPERCEPCIÓN	D9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	D10: VALORES Y CRENCIAS	D11: SEGURIDAD Y DEFENSA	D12: CONFORT	D13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> Paciente no tiene ningún tipo de apoyo de familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> Las discusiones de sus padres es que le pone nerviosa. 	<ul style="list-style-type: none"> Es de fe catolica 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente vive con su pareja y su hija no se siente segura ya que existe mucha discusión. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente refiere que se encuentra incomodo quiere irse a casa. 	<ul style="list-style-type: none"> Peso más o menos de 60 kilos.

Nota. Clasificación de dominios



CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

Excesiva cantidad de secreciones broncopulmonares

Taquicardia.

Dolor de estómago.

Vómitos.

Sialorrea.

Cianosis.

Disfunción familiar

Temor a muerte.

2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

DOMIO 1. PROMOCIONDE LA SALUD.

CLASES 2. DIRECCION DE LA SALUD.

CODIGO. 00162.



La oportunidad de mejorar la propia salud La reducción de los factores de riesgo es descrita por M.P.

DOMIO 3. ELIMINACION E INTERCAMBIO

CLASE 4. FUNCION RESPIRATORIA.

CODIGO. 00030.

Deterioro de intercambio gaseoso R.C. desequilibrio en la ventilación

Perfusión M.P. taquicardia.

DOMIO 4. ACTIVIDAD Y REPOSO-

CLASES 2. RESPUESTA CARDIOVASCULARES PULMONARES.

CODIGO.00029.

Reducción del gasto cardíaco R.C. Trastorno del ritmo cardíaco Bradicardia de Eufrates.

DOMIO 5. PERCEPCION COGNICION.

CLASE4.COGNICION.

CODIGO.00128.

Confusión aguda Consumo excesivo de una sustancia E.P. aumentando la inquietud.

DIMIO 9. AFRONTAMIENTO DE TOLERANCIA AL ESTRÉS.

CLASE 2. RESPUESTA AL AFRONTAMIENTO.

CODIGO. 00148.

Miedo R.C. trastorno sensorial E.P. impulsividad se refiere a la tendencia a actuar por impulso sin considerar las consecuencias..



2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

TABLA 4 Diagnóstico de enfermería

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO O MANIFESTADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
Paciente al ingreso al servicio de emergencia presenta sialorrea a causa de consumo de órganos fosforado.	<ul style="list-style-type: none"> DOMINIO 11: Seguridad y protección CLASE 1: infección. 	Exceso de secreciones traqueobronquiales	Riesgo de aspiración	-Ingesta de sustancia toxica -Baja autoestima	Intento de suicidio -Secreciones broncopulmonares	Disminución del estado de conciencia	-Amenaza de inhalación - Limpieza inefectiva de las vías respiratorias
	<ul style="list-style-type: none"> DOMINIO 11: Seguridad y protección. CLASE 2: lesión física. 	Taquipnea	Patrón respiratorio ineficaz	Depresión del centro respiratorio	Factor cultural	Agitación	Deterioro del intercambio de gases
Paciente al ingreso presenta agitación y dificultad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> DOMINIO 4: actividad y reporte CLASE 4: respuesta cardiovascular y pulmonar 	Taquicardia	Riesgo Reducción del gasto respiratorio	Colapso circulatorio	Complicaciones del ritmo cardíaco	-Cianosis -Arritmias -Fibrilación auricular/ventricular	Disminución del gasto cardíaco
Permanencia en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> DOMINIO 11: Seguridad y resguardo CLASE 1: infección. 	Hospitalización	-Amenaza de infección intrahospitalaria	Permanencia en el hospital	Desconocimiento	Presencia de microorganismos patógenos intrahospitalarios	Riesgo de infección

Nota. Diagnóstico



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Diagnóstico de enfermería

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias causada por secreciones. Secreción intensa de mucosidad.

Objetivo: Mantener eficazmente la limpieza de los pasajes respiratorios.

Diagnóstico de enfermería

Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios en la membrana alveolo capilar E/P respiración anormal.

Objetivo: Mejorar deterioro del intercambio gaseoso.

Diagnóstico de enfermería

Reducción del flujo sanguíneo bombeado por el corazón Trastorno del ritmo cardíaco con aumento de la frecuencia cardíaca, específicamente la taquicardia.

Objetivo:

Mejorar disminución del gasto cardiaco

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección R/C aumento de exposiciones ambientales a agentes patógenos (órganos fosforados).



3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

NOMBRE DE LA PACIENTE : A.C.C.
SERVICIO : Emergencia

EDAD : 26 años **HC:**277565
DIAGNÓSTICO MÉDICO : Intoxicación por órgano fosforado

TABLA 5 Esquema de planificación

N.º	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN																																																												
1	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD /Y DESCANZO</p> <p>CLASE 2: RESPUESTA CARDIOVASCULAR/ PULMONARES</p> <p>CODIGO: 00029</p> <p>Disminución de los gastos cardíacos Alteración R/C del ritmo cardíaco Bradicardia E/P</p>	<p>DOMINIO 2: Salud fisiológica. CLASE I: Regulación metabólica</p> <p>CODIGO: 2300 ESTADO LOS SIGNOS VITALES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>080201</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>080202</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>080203</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>080206</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE BASAL: 7</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	080201	X					080202		X				080203		X				080206		X				<p>ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> CODIGO:2300 ACTIVIDADES: Canalización de vía periférica en miembro superior izquierdo permeable perfundiendo cloruro 9% a 30 gotas por minuto. E En caso de INTOXICACION, siga la etiqueta de atropina y entregue el medicamento., según indicación tamaño pupilar hasta lograr un tamaño adecuado normal. Establecer y hacer uso de un entorno que haga que la gestión médica sea más eficiente y segura. 	<p>Los signos vitales reflejan las funciones esenciales del cuerpo, como el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial..</p>	<p>ESTADO DE LOS SIGNOS VITALES:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>080201</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>080202</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>080203</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>080206</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación final: 16 Puntuación diana: 23 Puntuación basal:7 23.....100% 16.....X=70%</p> <p>INTERPRETACIÓN:</p> <p>EL OBJETIVO NO SE HA ALCANZADO. EL MARTES, SE ALCANZÓ UN DESVÍO DEL 20 POR CIENTO DEL RANGO ESPERADO.</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	080201				X		080202				X		080203				X		080206				X	
Indicadores	1	2	3	4	5																																																												
080201	X																																																																
080202		X																																																															
080203		X																																																															
080206		X																																																															
Indicadores	1	2	3	4	5																																																												
080201				X																																																													
080202				X																																																													
080203				X																																																													
080206				X																																																													

Nota. Esquema de planificación



NOMBRE DE LA PACIENTE : Alex Cahuascanco C.
SERVICIO : Emergencia

EDAD : 26 años **HC:** 277567
DIAGNÓSTICO MÉDICO : Intoxicación por órgano fosforado

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

TABLA 6 Plan de cuidado enfermero 1

Nº	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN																																																
2	<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN DE INTERCVAMBIO</p> <p>CLASE 4: FUNCIÓN RESPIRATORIA.</p> <p>CODIGO: 00030</p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio en la ventilación perfusión M/P taquicardia</p>	<p>CODIGO: 102</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040205</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040206</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040204</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntaje basal: 05</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	040205		X				040206	X					040204		X				<p>CODIGO: 3350 MONITORIZACION RESPIRATORIA:</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilar el esfuerzo respiratorio, profundidad y la frecuencia. Despeja las vías respiratorias elevando la nariz o descendiendo la mandíbula si es necesario. Vigilar las secreciones del paciente. Observar la presencia de dispneas y acontecimientos que mejoren o empeoren su estado. Observar si hay intranquilidad, ansiedad o falta de aire. 	<p>Función biológica de los seres vivos por la que absorben oxígeno, disuelto en aire o agua, y expulsan dióxido de carbono para mantener sus funciones vitales</p>	<p>CODIGO: 1020</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040205</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040206</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040204</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA: 17 PUNTAJE BASAL:5 PUNTAJE FINAL 12 17-----100% 12-----X =70%</p> <p>INTERPRETACIÓN: No se logra alcanzar el puntaje diana se logra un 85% sustancialmente adecuado.</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	040205				X		040206				X		040204				X	
Indicadores	1	2	3	4	5																																																
040205		X																																																			
040206	X																																																				
040204		X																																																			
Indicadores	1	2	3	4	5																																																
040205				X																																																	
040206				X																																																	
040204				X																																																	

Nota. Plan 1



NOMBRE DE LA PACIENTE : Alex Cahuascanco C.
SERVICIO : Emergencia

EDAD : 26 años
DIAGNÓSTICO MÉDICO : Intoxicación por órgano fosforado
HC: 277567

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

TABLA 7 Plan de cuidado enfermero 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN																																																
<p>DOMINIO 09: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>CLASE 02: RESPUESTAS AL AFRONTAMIENTO</p> <p>CODIGO: 00148 Temor C/R alteración sensorial E/P impulsividad.</p>	<p>DOMINIO 03: Salud psicosocial</p> <p>CLASE I: Autocontrol</p> <p>CODIGO: 1402 CONTROL DE CALIDAD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140201</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140203</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140207</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE BASAL: 05</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	140201	X					140203			X			140207			X			<p>CODIGO: 5270 APOYO EMOCIONAL: ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar mecanismos de defensas adecuadas. • Alentar al paciente a expresar emociones como la ansiedad y la tristeza. <p>Proporcionar asistencia en la toma de decisiones.</p> <p>CODIGO: 5820 DESMINUCION DE LA ANSIEDAD: ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante ayudar al paciente a reconocer los desencadenantes de su ansiedad. • Crear un ambiente que promueva la confianza. • Descubrir a la paciente cómo activar la relajación. • Clarificar de manera explícita las expectativas del paciente en cuanto a su comportamiento. 	<p>La exigencia de un rendimiento significativamente superior a la norma causa este estado de agotamiento mental, que a menudo es acompañado por diversos trastornos mentales físicos.</p>	<p>CONTROL DE ANSIEDAD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140201</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>140203</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>140207</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA: 19 PUNTAJE BASAL: 5 PUNTAJE FINAL: 14</p> <p>19-----100% 14-----X = 74%</p> <p>INTERPRETACIÓN: Incluso si no alcanzamos el bullseye, logramos alcanzar la marca del 19%, lo que indica: Frecuentemente expresado</p>	Indicadores	1	2	3	4	5	140201					X	140203					X	140207				X	
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
140201	X																																																			
140203			X																																																	
140207			X																																																	
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
140201					X																																															
140203					X																																															
140207				X																																																



CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

SOAPIE 1 :

FECHA : 25/05/2023.

HORA : 13:20

“S” Datos de salud de los pacientes Me causado dolor abdominal y vómitos frecuentes.

“O” Un paciente varón de 26 años llega al departamento de emergencias acompañado de su esposa para la evaluación de la enfermería.

Al examen físico paciente presenta piel fría a la palpación ojos simétricos, pupilas puntiformes de 2mm presenta sialorreas mucosas orales ligeramente cianóticas presenta rigidez muscular presenta vómitos, tórax simétrico con movimientos respiratorios anormales presenta dolor muscular, abdomen y su dolencia a la palpación en epigastrio genitales normales.

Con funciones vitales de TEMPERATURA 36.5°C, PULSO 76X, PRESION ARTERIAL 90/60mmhg. S.O.80%.



“**A**” Limpieza ineficaz de las vías respiratorias debido a las secreciones bronquiales, lo que conduce a un problema potencial excesiva cantidad de mucosidad.

“**P**” Paciente mantendrá Limpieza de carreteras ineficaz.

“**I**” ASPIRACIÓN DE VÍAS AÉREAS

ACTIVIDADES:

- Ejecutar la acción de higienizar las manos.
- Emplear el equipo de protección personal.
- Determinar la necesidad de llevar a cabo una succión oral o traqueal.
- Realizar auscultación de los sonidos respiratorios después de la aspiración.
- Instruya al paciente a realizar respiraciones profundas mientras se inserta el catéter de succión nasotraqueal.
- Supervisar y evaluar la tonalidad, cantidad y consistencia de las secreciones.

“**E**” Paciente mantiene limpieza eficaz de vías aéreas.

Lic. ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA



SOAPIE 2:

FECHA: 26/05/2023.

HORA: 15:40.

“S” Paciente refiere “No puedo respirar”.

“O” A la valoración de enfermería paciente de sexo masculino de 26 años se encuentra en sala observación después de haber recibido lavado gástrico y la administración de atropina de acuerdo al diámetro pupilar se encuentra con facies de El paciente está experimentando dolor de garganta. Después de la auscultación, sonidos respiratorios anormales se encuentran en ambos campos pulmonares. El paciente es estable con signos vitales normales. de $T^0 = 37.4^{\circ}\text{C}$ $P = 68x'$ $R = 25X$, $S.O. 85\%$

“A” Pérdida de capacidad de intercambio de gases como resultado de alteraciones en la membrana alveolar-capilar

E/P taquinea.

“P” Paciente mejorara deterioro del intercambio gaseoso.

“I” Monitorización respiratoria: Actividades

- Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluación el movimiento torácico, observando la simetría.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente.
- Valorar los datos de gasometría arterial.

“E” Paciente mejora deterioro de intercambio gaseoso.

Lic. ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA



CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN

Los órganos que se han fusionado toman una nueva forma. Sin embargo, sus propiedades físicas y farmacológicas, además de los detalles de su diseño, difieren notablemente. Es por eso que sus usos previstos son diferentes. En nuestro país, los compuestos de fósforo son la principal causa de intoxicación, por lo que todo el personal médico se compromete a tratar los casos de intoxicaciones adecuadamente.

Los músculos esqueléticos están compuestos de materiales sintéticos, lo que significa que Estos son productos de la creación humana y no se hallan de forma natural. en el medio ambiente. Están compuestos por un átomo de helio reunido a cuatro átomos de oxígeno, o en ciertos casos, tres átomos de oxígeno y uno de hidrógeno. Acetilcolinesterasa se unió seguramente con el fósforo liberado de una de las unión fosforo-oxígeno. La acetilcolinesterasa es responsable de la



degradación de la acetilcolina (ACh). La ausencia de la destrucción de ACh conduce a una hiperactividad del sistema nervioso que, en última instancia, lleva a la muerte. Sus principales atributos incluyen su alta toxicidad, baja estabilidad química y la capacidad de acumular cantidades insignificantes en los tejidos, lo que le proporciona una ventaja sobre los compuestos clorados que tienen alta bioacumulación.

5.2. FISIOPATOLOGÍA

Los manuales de toxicología abarcan una amplia gama de temas relacionados con la fisiología de las intoxicaciones. Puede haber habido efectos en diferentes sistemas corporales debido al uso de diferentes sustancias nocivas. Sin embargo, desde una perspectiva práctica, es crucial distinguir entre intoxicaciones que requieren atención urgente de la unidad de atención crítica (por ejemplo, debido a productos químicos que causan estupor o shock) y aquellas que proporcionan una ventana de oportunidad para la intervención.

5.3. CLASIFICACIÓN

Las intoxicaciones pueden ser causadas por:

- Intoxicación aguda por anfetaminas y drogas de diseño. Envenenamiento agudo por antidepresivos tricíclicos.
- Envenenamiento agudo causado por benzodiazepinas y hipnóticos no benzodiazepínicos.
- Intoxicación aguda causada por beta-bloqueadores.
- Intoxicación causada por la ingestión de sustancias caucásicas.
- Intoxicación aguda por cianuro.



- Intoxicación aguda con digitalis.
- Envenenamiento agudo causado por insecticidas de organofosfato, carbamato y organoclorina.
- Intoxicación aguda por litio.
- Intoxicación aguda causada por el paracetamol.
- Intoxicación aguda debido a salicilatos y otros fármacos antiinflamatorios no esteroides.

- Envenenamiento agudo por hongos.

5.4 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE ÓRGANOS FOSFORADOS

SON:

Debido a su solubilidad en lípidos, penetran rápidamente y fácilmente en los organismos mamíferos. Presentan una baja presión de vapor, lo cual los hace relativamente inactivos. La hidrólisis en el medio de sodio conduce a la degradación.

Estos compuestos pueden ser absorbidos a través de la piel, el sistema respiratorio o el tracto digestivo. Además, cualquier solución que se aplique de manera constante en la piel mejora la capacidad de penetración a través de esta vía. Los compuestos que contienen fósforo y sus metabolitos tienen una vida media de aproximadamente 48 horas en el cuerpo humano.

Principalmente, la orina y, en menor medida, la sudoración y la respiración, son responsables de la excreción.



Funciona inhibiendo continuamente la enzima acetilcolinesterasa. Esto hace que la acetilcolina se acumule en los receptores de colágeno, lo que a su vez sobreestimula estos receptores en el sistema nervioso central y periférico.

5.5 DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD DE LOS ÓRGANOS FOSFORADOS, SUS EFECTOS PUEDEN CLASIFICARSE EN: NICOTÍNICOS

Cistos ganglionares: cefalomas, hipertensión arterial, mares y placas.

Músculo estético: hemorragia, debilidad generalizada, incluidos los músculos respiratorios, mialgias, parálisis flaccida.

5.6 EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Nerviosismo
- Parálisis
- Muerte.
- Convulsiones
- Disrupción de las respiraciones y de la circulación
- Trastorno mental.

En las zonas rurales, estos productos estaban muy regulados o incluso prohibidos debido a sus efectos adversos inmediatos y perjudiciales. Sin embargo, sigue siendo utilizado como insecticida en empresas más pequeñas como jardines comerciales o familiares. En general, ni el productor ni el consumidor tienen una conciencia total de los daños que estos productos implican.

5.7 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

Las complicaciones resultantes de la administración intraoperatoria de líquido (IOF)



en combinación con Los procedimientos intraarteriales (IA) se muestran en el rango del 32% al 80% entre los individuos que consumen excesivamente alcohol.

La insuficiencia respiratoria es la complicación más frecuente entre los que están muy borrachos, afectando a 100 personas. Diversos factores afectan a la condición de este estado; entre ellos se encuentran la acumulación de bronco-pulmonares, neumonía y parálisis de los respiradores. Alrededor del 57% de ellos experimentan tasas de mortalidad extremidades.

Los problemas respiratorios están relacionados con complicaciones neurológicas. Son más comunes con IOF liposolubles, que se absorben fácilmente por el sistema nervioso central (CNS). Los síntomas comunes incluyen delirio, inconsciencia y convulsiones causadas por la atropina. Ocasionalmente la OIE ha documentado síndrome de Guillain-Barré que ocurren después de estar en una unidad de atención intensiva (ICU). La fibrilación atrial, las arritmias ventriculares y los bloqueos atrio ventricular son las complicaciones más comunes del ritmo cardíaco. La mayoría de las veces, son lo suficientemente graves como para inducir un paro cardíaco.

Además, pueden manifestarse hasta tres semanas después de una AI severa, por lo que se recomienda el seguimiento frecuente de estos individuos.

Los fenómenos de Re intoxicación endógenos pueden ocurrir debido a la liberación de toxinas almacenadas en el tracto digestivo o el tejido adiposo. Se ha observado una disminución en el número de casos de hipersensibilidad al IoF, insuficiencia hepática, pancreatitis aguda, insuficiencia renal, coagulopatía y trombosis.

Si sólo incluimos los casos graves que requieren la admisión a la Unidad de Atención Intensiva (UCI), entonces la tasa de mortalidad de las enfermedades



adquiridas en el hospital cae entre el 3% y el 20%. La toxina, el origen voluntario y la incidencia en el aparato respiratorio, el sistema nervioso central o las consecuencias cardiovasculares se han asociado con un mayor riesgo de muerte. En los casos no tratados, la muerte ocurre dentro de las primeras 24 horas; en los pacientes hospitalizados, suele resultar de insuficiencia respiratoria dentro de la primera semana. La comprensión completa de los profesionales de la salud que tratan a los pacientes con intoxicación alimentaria causada por organismos infecciosos transmitidos, así como la correcta aplicación de las medidas terapéuticas, se ha relacionado con una disminución de las complicaciones y la mortalidad asociada a esta enfermedad

.5.8 DEFINICIÓN DE TÓXICO

Algo relacionado con un veneno o una toxina se considera tóxico. Las sustancias tóxicas son aquellas que tienen una influencia perjudicial en los organismos vivos, alterando su funcionamiento normal e incluso causando la muerte.

La toxicidad de un elemento se determina en función de su capacidad intrínseca de causar daño en un organismo. Estas sustancias pueden ingresar al organismo a El desarrollo interno de un organismo puede ocurrir a través de diferentes modalidades, como la ingestión, inhalación, absorción, aplicación o inyección. En consecuencia, estas sustancias pueden clasificarse de manera eficaz como exógenas (provenientes del interior de un organismo) o tóxicas. (originating outside)..

Las toxinas exógenas pueden ser toxinas sintéticas desarrolladas por los seres humanos a través de procesos químicos; como el veneno de la serpiente, de organismos vegetales y, alternativamente, pueden ser toxinas sintéticas



desarrolladas para los humanos a Travers de procesos químicos. La palabra como tal viene del latín toxĭcum

.5.9 TOXICOLOGÍA

En pocas palabras, la toxicología es la rama de la ciencia que se ocupa del estudio de los compuestos comunes. La disciplina de toxicología se dedica a examinar la física y la química de una sustancia, su habilidad para influir sobre los organismos vivos y los mecanismos y estrategias para prevenir o reducir estos efectos. El campo de la toxicología busca sustancias potencialmente peligrosas, las nombra y calcula sus niveles de toxicidad. Sin embargo, los profesionales de esta esfera son conocidos como toxicólogos.

5.10 TÓXICO Y VENENO

La intoxicación, como la ingestión de una sustancia peligrosa, puede tener efectos devastadores en los organismos vivos. Además, el veneno es una sustancia muy tóxica que se utiliza intencionalmente para dañar órganos humanos importantes. Estos efectos pueden o no resultar en la muerte. La característica distintiva de esta sustancia es su naturaleza química venenosa y su uso ilegal.

5.11 DEFINICIÓN DE ÓRGANO FOSFORADO

Se refiere a los síntomas que ocurren inmediatamente después de que se absorba una cantidad significativa de una sustancia tóxica, ya sea comiendo o respirándola a la vez o muy cerca de la misma. (subacute).

Las manifestaciones en esta situación son muy evidentes e incluso pueden causar la muerte (by envenenamiento). Aunque la exposición crónica y repetida a la misma sustancia puede causar enfermedades profesionales, la intoxicación grave se



clasifica como un acontecimiento violento y reciente y se trata como tal en todas sus consecuencias debido a esto.

5.12 VÍA DE ENTRADA DEL TÓXICO

Existen múltiples puntos de entrada para el IOF, incluyendo el tracto gastrointestinal, la piel, los pulmones, y las venas y arterias.

VÍA DIGESTIVA

Es una práctica común en los intentos de suicidio. Las intoxicaciones involuntarias causadas por comer alimentos contaminados con órgano fosfatos ocurren menos a menudo. Efectos tóxicos El 20 por ciento de los incidentes de conducción borracha en nuestra zona ocurren en esta carretera. Hay una conexión entre las infecciones graves y la fermentación gastrointestinal tóxica.

VÍAS CUTÁNEO-MUCOSA Y RESPIRATORIA

Las intoxicaciones profesionales pueden ocurrir como resultado de no seguir las medidas de seguridad recomendadas al manejar IOF. Estas vías son responsabilizadas por el 80% de los casos de intoxicación, de acuerdo con nuestros cálculos. Esta intoxicación no suele ser tan grave como la última.

VÍA PARENTERAL

Las intoxicaciones profesionales pueden ocurrir como resultado de no seguir las medidas de seguridad recomendadas al manejar IOF. Estas vías son responsabilizadas por el 80% de los casos de intoxicación, de acuerdo con nuestros cálculos. Esta intoxicación no suele ser tan grave como la última.

INTENCIONALIDAD



Las ideas suicidas o los accidentes pueden ser las causas de la IA.

Intoxicaciones accidentales

En nuestro entorno, éstos son responsables del 80% de las infecciones asociadas con la atención médica. Su tasa de mortalidad es altamente fluctuante, fluctuando en torno al 1%.

Los profesionales están involucrados en la mayoría de los casos, y el 70% de las veces, los incidentes ocurren durante los procesos de fumado o la operación de los IOF. Las venas respiratorias o mucocutáneas son los puntos de entrada más frecuentes. En la mayoría de los casos, la negligencia del trabajador es la causa principal de las infecciones ocupacionales (OIs). Lamentablemente, esto es una ocurrencia común: el 75% de los empleados que con frecuencia contraen infecciones por organismos infecciosos (IOF) afirman estar al tanto de las precauciones esenciales para prevenir la IA, como el uso de ropa impermeable, máscaras y guantes. Sin embargo, sólo el 30% de ellos se dedican constantemente a esta actividad. Las IOF profesionales serían extremadamente raras si se implementaran correctamente. En los últimos años, el número de profesionales de inteligencia artificial producidos por las instituciones educativas ha estado disminuyendo constantemente.

Una segunda causa de intoxicación accidental es la ingesta accidental de IOF por los niños, los residuos de plaguicidas en los alimentos, o cuando se mezclan con los alimentos. El consumo de alimentos es predominante en estas circunstancias.

Intoxicaciones voluntarias



El suicidio puede representar hasta el 76% de todos los suicidios en los países en desarrollo, a pesar de su relativa rareza aquí en nuestra zona. Mucho más raros son los principales. El material peligroso normalmente entra en el cuerpo a través del sistema digestivo, sin embargo, también puede ser administrado por vía intravenosa. Hay una tasa de mortalidad superior al 20% para estas intoxicaciones porque el cuerpo está expuesto a un gran número de sustancias peligrosas.

Se trata de intoxicaciones intencionales raras veces, aunque se ha discutido el uso de COF como armas químicas en conflictos bélicos y en ataques terroristas, como los que sucedieron en Japón en 1994 y 1995.

5.13. CUADRO CLÍNICO

El retraso en el tiempo entre la exposición a IOF y el inicio de los primeros síntomas puede variar de 5 minutos a 12-24 horas, dependiendo del tipo, la cantidad y la ruta de entrada de la toxina. Los síntomas clínicos y signos de AI causados por IOF incluyen NR, síndrome intermedio, efectos tóxicos directos y manifestaciones colinérgicas.

Manifestaciones colinérgicas

Los síntomas clínicos primarios de la IA debido a la IOF son un resultado directo del aumento de la actividad celular dentro del cuerpo. La clasificación puede basarse en el efecto de la estimulación excesiva en los receptores muscarínicos, nociceptínicos y SNC, según Nanda.

Durante las primeras cuatro horas se producen los síntomas muscarínicos, que pueden disminuir con la atropina. Náusea, vómitos y diarrea son los síntomas más comunes. Los síntomas nefróticos nunca son aliviados por la atropina y suceden en



una etapa posterior a la anterior. No obstante, cuando se unen con el oxígeno, son más frecuentes. Involuntarias contracciones musculares, temblores y debilidad muscular son algunos de los síntomas. Los síntomas más comunes del SNC son la ecmosi, la depresión y los trastornos respiratorios.

Además de una mayor incidencia de depresión y convulsiones del SNC, los niños sufren un curso clínico comparable al de los adultos. Por otro lado, la bradicardia y las fibrilaciones son menos comunes en los niños.

5.14. DIAGNÓSTICO

Se basa en los síntomas clínicos, que son causados por la estimulación excesiva del colágeno y se manifiestan principalmente como síntoma musculoesquelético, como ansiedad, rigidez del cuello, náuseas, vómitos, dolor abdominal, colonitis, diarrea, dispepsia, bronquitis, laringitis, incontinencia urinaria, hipertensión, y taquicardia.

Los síntomas nocturnos consisten en parálisis muscular y fasciculations que afectan a los músculos intercostales, resultando en depresión respiratoria. La fibrilación, las convulsiones, el coma y las arritmias (bradicardia, bloqueos atrioventriculares, fibrilación atrial, etc.) son síntomas potenciales adicionales.

La ausencia de miosis y taquicardia, así como el desarrollo de la hipertensión, puede ocurrir cuando los síntomas de la nicotina prevalecen sobre los del corazón.

Una presentación clásica de intoxicación aguda con etanol e insecticida es un paciente con alteración de la conciencia, pupilas dilatadas, un olor picante en la piel o la ropa, y aparentes fasciculations musculares.



5.15. EXÁMENES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Normalmente, los niveles de colinesterasa no se pueden obtener en situaciones de emergencia. Sin embargo, se considera que hay una intoxicación hepática grasa cuando la concentración de sulfitos es igual o mayor a 4 mg/dl.

La gasometría arterial o venosa puede revelar diversas alteraciones en el equilibrio ácido-base. La investigación ha demostrado que la morbilidad de este envenenamiento es menor en pacientes sin acidosis en comparación con aquellos con acidosis metabólica, y es mucho mayor en pacientes con acidosis respiratoria y/o acidosis mixta.

La hiperamilasemia es una ocurrencia común y a menudo se resuelve dentro de 4 a 5 días. La pancreatitis es una condición atípica.

5.16. TRATAMIENTO

El antídoto específico para este envenenamiento es 2 mg de atropina, y su administración es la base. Administrar por vía intravenosa, duplicando la dosis cada 5 minutos. Se deben emplear los siguientes parámetros para el control: Hasta 30 mg/24 horas para la atropinación (dilatación pupilar, boca seca, taquicardia, erupción cutánea), y en casos graves hasta 75-100 mg/24 h. Sin embargo, mientras que el objetivo final es revertir la miosis (which may take up to 30 minutes), Una frecuencia cardiaca superior a 80 latidos por minuto, secreciones bronquiales eliminadas. La ausencia de sudoración y una presión arterial sistólica razonable (> 80 mm Hg). Dado que la hipoxia puede desencadenar la fibrilación ventricular, es necesario asegurarse de que el paciente esté suficientemente oxigenado antes de administrar atropina. Recientemente, Abedin et. al. han demostrado una reducción



significativa de la mortalidad si, después de aumentar las dosis intratraqueales, se continúa la perfusión intraatraqueal cada hora, administrando el 10% de la dosis total requerida para revertir los síntomas.

Si se necesita 20 mg de atropina, por ejemplo, se administra a una tasa de 2 mg por hora, que se diluye con 48 mg. Este medicamento se administra en la solución de suero fisiológico de 1.000 mililitros a una velocidad de infusión de 43 mililitros por hora. El paciente es evaluado clínicamente cada 15 minutos. Si no hay signos de atropinación, se administra otra inyección de Atropina y la tasa de flujo se incrementa a 0,6 mg/h hasta que aparezcan estos signos. El paciente se vigila de cerca para detectar posibles signos de toxicidad por atropina, como confusión, temperaturas superiores a 37 °C y ausencia de sonidos intestinales, después de que se haya alcanzado la atropinación. La perfusión se interrumpe hasta que se disipen, y luego se reanuda un ritmo del 70-80% de lo que se utilizaba previamente si vuelven a aparecer.

Se ha propuesto el empleo de atropina inhalada o bromuro de ipratropio como una estrategia para evitar los efectos secundarios sistémicos de la Atropina cuando los síntomas pulmonares son la principal preocupación.

Los vasopresores con actividad alfa-adrenérgica, como la fenilefrina, se utilizan si la hipotensión arterial no reacciona con la administración de atropina y líquidos.

Prálidoxima (PAM) se administra simultáneamente y se prescribe específicamente para la toxicidad por paratión, siempre que se administre durante las primeras 24 horas. La primera dosis se administra por perfusión intravenosa progresiva a una tasa de 30 mg/kg, lo que equivale aproximadamente a 10 ampolas para un paciente



de 70 kg. Si se administra como un bolus, puede resultar en taquicardia, hipotensión diastólica y vómitos.

Si la perfusión no es factible, se administra 30 mg/kg por vía intravenosa cada 4 horas. Es crucial considerar que la gestión de PAM implica reducir el uso de atropina, ya que puede causar toxicidad a la atropa, un pesar de la presencia de oxígeno en esta intoxicación.

5.17. CUIDADO DE ENFERMERÍA

Se recomienda colocar al paciente en una posición de izquierda en el sofá, similar a la posición de Trendelenburg, con el cuello extendido, para disminuir el riesgo de aspiración de líquidos o alimentos, mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, ralentizar la vacuación del estómago y la absorción de sustancias tóxicas, y así sucesivamente.

Dadas las importantes pérdidas gastrointestinales causadas por el envenenamiento, se insertará un catéter intravenoso periférico y se administrará inmediatamente una solución salina del 9% en 2 litros.

Dado el inicio rápido de la disminución de la conciencia, secreciones excesivas, e insuficiencia ventilatoria resultante de la parálisis de los músculos respiratorios, el apoyo de ventilación es a menudo necesario.

Si la intoxicación es causada por la absorción dérmica, la piel se lava con detergente alcalino y agua durante 30 minutos, y se elimina toda la ropa. Luego, se use alcohol etílico para alcanzar el segundo objetivo.

El lavado gástrico y la administración de carbón activado se realizan inmediatamente después de la ingestión de la sustancia tóxica, siempre que haya



transcurrido menos de una hora.

- Administrar oxígeno por cánula binasal.
- Aspirar secreciones oros bronquiales.
- Administrar atropina de acuerdo a indicación médica.
- Evaluar diámetro pupilar.
- Monitorizar funciones vitales.
- Interpretar exámenes auxiliares (R X, resultados de laboratorio).

5.2. Marco conceptual

A) Cianosis: La cianosis es una descoloración azulada de la piel y las membranas mucosas que ocurre debido a niveles insuficientes de oxígeno en la sangre. Esta condición puede indicar problemas respiratorios o cardiovasculares graves, como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar, asfixia o trastornos de la hemoglobina. La cianosis puede ser de origen central (afectando a todo el cuerpo) o periférica. (limited to the limbs).

b. Colesterol: El dolor abdominal agudo y repentino causado principalmente por la constricción espasmódica de órganos huecos en el abdomen, como los intestinos, el ureter, la vesícula biliar o el útero. El colesterol puede estar relacionado con trastornos gastrointestinales, infecciones, cálculos renales o biliares y otras condiciones médicas.

c. Convulsiones: Las convulsiones son episodios de actividad cerebral anormal y excesiva que resultan en movimientos involuntarios del cuerpo, alteraciones en la percepción, el comportamiento o la conciencia. Las convulsiones pueden ser causadas por diversas condiciones, como epilepsia, infecciones, trauma craneal, intoxicaciones y trastornos metabólicos.



d. intoxicación: Intoxicación es el término utilizado para describir la perturbación del cuerpo causada por la exposición a sustancias tóxicas (como químicos, medicamentos, pesticidas) en una cantidad suficiente para tener efectos adversos. Los síntomas de la intoxicación pueden variar dependiendo de la sustancia utilizada y pueden incluir náuseas, vómitos, dolor de estómago, confusión, convulsiones y, en casos graves, muerte.

e. Tratamiento: El tratamiento se refiere al empleo de diversos métodos (medicinales, quirúrgicos, farmacológicos, físicos, psicológicos, etc.) con el propósito de aliviar o sanar la enfermedad, condición médica o lesión, mejorar los síntomas y prevenir complicaciones. El objetivo del tratamiento puede incluir la recuperación completa del paciente, el manejo de los síntomas, la mejora de la calidad de vida o la prolongación de la vida.



CONCLUSIONES

PRIMERA. se implementó con éxito el proceso de atención de enfermería para el paciente que sufrió la intoxicación por órgano fosfato, lo que llevó a una mejora de su estado hemodinámico en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani en 2023.

SEGUNDA. Los diagnósticos de enfermería (NANDA) se administraron con prontitud el lunes, garantizando la exactitud del diagnóstico y la identificación de los signos y síntomas primarios de intoxicación basados en las manifestaciones clínicas. Debido a la presencia de dolor intenso, se presenta un desequilibrio de electrolitos, una disminución de la función cardíaca y un riesgo de suicidio.

TERCERA, se logró una planificación eficiente del proceso de atención de enfermería para pacientes con envenenamiento por organofosfatos mediante la aplicación de intervenciones apropiadas (NIC), proporcionando atención profesional y especializada en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani en 2023.

CUARTA: El paciente tuvo una recuperación pronta, adecuada e inmediata de su salud, acorde con el resultado deseado (NOC) y las mediaciones implementadas (NIC) para abordar las respuestas humanas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2023.

QUINTA: En el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del proceso de enfermería y la gestión del paciente para el caso de envenenamiento por organofosfato en 2023. El paciente recibió atención médica pronta, lo que facilitó su recuperación, reduciendo así la necesidad de hospitalización y minimizando los costos y los recursos humanos y materiales implicados.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. los enfermeros deben educar, formar y mantener su experiencia en el ámbito de la comunicación enfermero-paciente, ya que son expertos especializados encargados del cuidado de las necesidades humanas.

SEGUNDA, para elegir correctamente un curso de tratamiento, el personal de enfermería del Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani debe diagnosticar y identificar con precisión los indicadores de intoxicación por organofosfato.

TERCERA. Se recomienda que los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche Arequipa sigan el sistema de taxonomía NANDA-NIC-NOC para llevar a cabo las actividades de cuidado de enfermera.

CUARTA. Se sugiere que los enfermeros especializados brinden atención apropiada y puntual de acuerdo con los resultados deseados (NOC) y las intervenciones implementadas (NIC) para los pacientes con intoxicación por órgano fosfatos, con el fin de garantizar la calidad de la atención prestada.

QUINTA. Se recomienda que el personal de enfermería evalúe de manera precisa el proceso de atención a pacientes con intoxicación por organofosforo utilizando su conocimiento, habilidades y destrezas. Se utiliza en la práctica profesional de la enfermería con el fin de proporcionar atención de excelencia al paciente.

REFERENCIAS

1. *NANDA NIC NOC Diagnósticos Enfermeros Resultados e intervenciones Internacional, Editorial El sevier, 3da edición.*



2. *SUDDARTH DORIS Enfermería Médico Quirúrgico 2da Ed. Editorial Interamericana 2000.*
3. *BUCHDA, V.; TRYNISZEWSKI, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995.*
4. *BRUNNER Y SADDARTH. Manual de Enfermería médico Quirúrgica. 9na Ed. Editorial MC Graw-Hill Interamericana, 2005.*
5. *ALFARO-ROSALINDA. Aplicación del Proceso Enfermero. 8va. Edición, Editorial Lippincott Williams. Madrid. 2014.*
6. *BURKE K.Y PRISCILLA LEMONE. Enfermería medico quirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente .4ª ed., Editorial Elzevir España, 2009.*
7. *LITTER, Manuel. Compendio de Farmacología 2da, Ed. Editorial El Ateneo 2011.*
8. *MEGAN-JANE JOHNSTONE Y SARA T. Ética en la práctica de enfermería. 1ra Ed. Editorial El sevier España, 2010.*
9. *NANDA Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación Nanda 2015 - 2017 Internacional, Editorial El sevier, 3da edición.*
10. *CASTELLS MOLINA S. Farmacología en enfermería 3ª ed. Editorial Elsevier España, s.a., 2011.*
11. *OREM D. Modelo de Oren. Conceptos de enfermería en la práctica. 2da. Edición, Editorial Masson Salvat. Barcelona .1993*
12. *KOZIER, ERB, OLIVIERI. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993.*
13. *RINCÓN SILVIA ROSALIA. Manual de enfermería quirúrgica, 1ra. Edición Editorial MCGRAW HILL. México. 2011.*



14. *MOSQUERA GALDOS Farmacología Clínica par Enfermería.4ta Ed. Editorial MCGRAW HILL. España. 2009.*
15. *SWEARINGEN Manual de enfermería médico-quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios 6ª ed. Editorial elsevier España, s.a., 2008.*



ANEXOS



TARJETA FARMACOLÓGICA

ANEXO 1

CLORURO DE SODIO 0,9%

El Cloruro de Sodio provee de suplementos electrolíticos. El Sodio es el principal catión del líquido extracelular y actúa en el control de distribución de agua, balance electrolítico y presión osmótica de los fluidos corporales. El Sodio también se asocia a Cloruro y Bicarbonato en la regulación del balance ácido-base. El Cloruro, el principal anión extracelular, sigue la disposición fisiológica del Sodio y los cambios en el balance ácido-base del organismo son reflejados por cambios de la concentración sérica de Cloruro. El Cloruro de Sodio inyectable es capaz de inducir diuresis, dependiendo del volumen administrado y de la condición clínica del paciente.

ATROPINA

La atropina es un fármaco antagonista muscarínico (anticolinérgico) extraído de la belladona y otras plantas de la familia Solanaceae. Es un alcaloide, producto del metabolismo secundario de estas plantas y se ocupa como medicamento con una amplia variedad de efectos. Es un antagonista competitivo del receptor muscarínico de acetilcolina, que contiene en su estructura química grupos entéricos y básicos en la misma proporción que la acetilcolina, pero, en lugar de tener un grupo acetilo, posee un grupo aromático voluminoso. Suprime los efectos del sistema nervioso parasimpático (por lo que es un parasimpaticolítico), ya que los receptores muscarínicos se encuentran en los tejidos efectores parasimpáticos. Por eso, su administración afecta el corazón, los ojos, el tubo digestivo, y otras estructuras.



FARMACOLOGÍA

Se administra la atropina en forma de mezcla racémica compuesta de dos enantiómeros, la d- y la l-hiosciamina. La forma l tiene mayor actividad que la d, que apenas tiene efecto antimuscarínico.

MECANISMO DE ACCIÓN

La atropina y los compuestos relacionados compiten con la acetilcolina y otros agonistas muscarínicos por un sitio común de fijación sobre el receptor muscarínico, pero no activan el receptor. Un ácido aspártico de la 3^o sección transmembrana de los 5 subtipos de receptor forma un enlace iónico con el nitrógeno terciario o cuaternario de los antagonistas.

Como el antagonismo producido por la atropina es competitivo, se puede superar si se incrementa en cantidad suficiente la concentración de acetilcolina a nivel de receptores.

FARMACOCINÉTICA

La atropina se puede administrar por vías oral, IV, inyección subcutánea, IM, intraósea, y endotraqueal. Se absorbe fácilmente en el tubo digestivo, y se distribuye por el torrente sanguíneo. Cruza la barrera hematoencefálica y la placenta. Tiene una vida media de unas 2-3 horas y se elimina principalmente en la orina.

INDICACIONES

La atropina se usa para inhibir la estimulación muscarínica, que puede ser incrementada por ciertas condiciones o fármacos.



EFFECTOS OFTALMOLÓGICOS

La administración tópica o sistémica de la atropina puede bloquear la activación de los receptores muscarínicos en los músculos ciliares y el iris, relajando estos músculos. Por esos efectos, se emplea en forma de colirio como agente midriático y para inducir cicloplegia en exploraciones y procedimientos oftalmológicos. Persiste más de 72 horas en el ojo y causa fotofobia y visión borrosa que pueden durar hasta unos 7-14 días tras su administración. Se administra a veces en el ojo no afectado de pacientes con ambliopía, para reducir la agudeza visual en este ojo sano. Así, el ojo afectado tiene que trabajar más y se va a fortalecer, resolviendo el problema.

No se debe usar en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho.

EFFECTOS CARDÍACOS

La estimulación vagal del corazón es mediada por receptores muscarínicos del tipo M2, así que la atropina la puede inhibir y reducir su acción parasimpática. La atropina acelera el ritmo cardíaco y aumenta la velocidad de conducción por el nódulo auriculoventricular, efectos útiles en el tratamiento de ciertas afecciones cardíacas. Se emplea en casos de bradicardia y bloqueo auriculoventricular de tipo I. Sin embargo, se debe usar con cuidado en pacientes con infartos agudos de miocardio, porque la taquicardia inducida por el fármaco puede incrementar la demanda de oxígeno del corazón. Dosis altas (más de 3mg) tienen un efecto bradicardizante paradójico debido al bloqueo de receptores muscarínicos inhibidores. Se solía utilizar para el manejo de las asistolias, pero las pautas de la guía ACLS publicada en 2010 no lo recomiendan por falta de beneficio terapéutico evidente en estos casos.



EFFECTOS GASTROINTESTINALES

Disminuye la motilidad y la secreción gastrointestinal y la producción de saliva.³ Por eso se usa a veces en el tratamiento de las úlceras pépticas, el síndrome del intestino irritable, y la diarrea.

EFFECTOS UROLÓGICOS

La atropina relaja el músculo detrusor de la vejiga urinaria, causando retención urinaria. Por lo tanto, se puede emplear en casos de incontinencia urinaria provocada por la hiperactividad vesical, pero sus efectos adversos hacen su uso infrecuente. También induce la relajación de la musculatura de los uréteres y la pelvis renal, así que se usa para tratar condiciones espasmáticas del tracto urinario y para dilatar la vía urinaria en ciertas pruebas urológicas.

EFFECTOS RESPIRATORIOS

La atropina provoca la relajación de la musculatura lisa en las vías aéreas por la inhibición de receptores muscarínicos, pero se debe tener en cuenta que no ejerce un efecto broncodilatador, pues es un antagonista y por lo tanto no tiene acción farmacológica, sólo relaja el músculo liso bronquial, evitando la broncoconstricción. Sin embargo, está contraindicada en trastornos respiratorios tales como el asma y la EPOC, ya que, al disminuir el volumen de las secreciones mucosas, complica aún más el cuadro sindromático. También reduce la cantidad de secreciones en el aparato respiratorio, y se puede usar para disminuir la secreción excesiva mediada por la anestesia general durante procedimientos quirúrgicos.



TRATAMIENTO DE ENVENENAMIENTO POR ORGANOFOSFORADOS

Es amplio su uso como antídoto en caso de intoxicaciones por organofosforados, ya que relaja la musculatura lisa y así evita la muerte por asfixia que producen estas sustancias. Los organofosforados se encuentran en insecticidas y agentes nerviosos y poseen inhibidores de la acetilcolinesterasa, así que perpetúan el efecto de la acetilcolina e inducen un efecto antagónico a la atropina.

También es usada en viales autoinyectables a veces combinada con pralidoxima como método de defensa ante armas químicas (principalmente de tipo nervioso), habiendo formado parte del equipamiento de los militares estadounidenses en Irak, para evitar o reducir las bajas en caso de ataque con armas de destrucción masiva.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y SOBREDOSIS

Sus efectos secundarios incluyen sequedad de la boca, hipohidrosis, midriasis, retención urinaria, taquicardia, y estreñimiento. La producción reducida de sudor puede resultar en la hipertermia. En casos severos el fármaco puede provocar síntomas neurológicos, coma, o muerte. Se usa la fisostigmina como antídoto en casos de sobredosis iatrogénica o envenenamiento por plantas como *Datura stramonium* y *Atropa belladonna* que contienen la atropina.

GLUCONATO DE CALCIO 10%

COMPOSICIÓN.

Cada ampolla de 10ml contiene: gluconato de calcio (equivalente. a 2,25 mili moles de Ca) 0,904g; excipientes.



PROPIEDADES.

El calcio es esencial para la integridad funcional de muchos sistemas del organismo, interviene en la función cardíaca normal, renal, respiración, coagulación sanguínea y en la permeabilidad capilar y de la membrana celular.

Regula la liberación y el almacenamiento de neurotransmisores y hormonas. El calcio óseo está en constante intercambio con el plasmático.

CARACTERÍSTICAS

Se trata de una solución para uso parenteral: IV, para corregir rápidamente la hipocalcemia y otras manifestaciones neuromusculares.

FARMACOCINÉTICA.

La vía parenteral (IV) produce picos de utilización rápida en condiciones de hipocalcemia y manifestaciones neuromusculares, su unión a las proteínas es moderada (45%) y se elimina por vía renal y digestiva.

INDICACIONES.

Calcioterapia de urgencia. Hipocalcemia. Tetania hipocalcemia. Alcalosis. Tratamiento de la depleción de electrolitos. Coadyuvante en el tratamiento de la reactivación cardíaca. Tratamiento de la hipopotasemia y de la hipermagnesemia.

DOSIFICACIÓN.

Usual: vía intravenosa lenta-perfusión. Iniciar con 1 o 2 ampollas IV lenta (10 a 15 minutos) o según necesidades del paciente.

CONTRAINDICACIONES.

Hipercalcemias. Hipercalciuria. Disfunción renal crónica. Toxicidad digitálica. Evaluación de riesgo-beneficio en la deshidratación. Diarreas. Insuficiencia cardíaca.

REACCIONES ADVERSAS.



Por lo general aparecen con dosis mayores a las recomendadas (más de 1.000 a 1.500mg/día) o si el tratamiento es prolongado o en pacientes con disfunción renal. De incidencia más frecuente: mareos, somnolencia, latidos irregulares, náuseas, vómitos, rash cutáneo, sudoración, sensación de hormigueo. Raramente se observa debilidad, micción dolorosa o difícil (cálculos renales calcificados). Los signos tempranos de hipercalcemia son constipación, cefalea continua, anorexia, sabor metálico, cansancio o debilidad no habituales. Los signos tardíos de hipercalcemia son: confusión, hipertensión, polidipsia, irritabilidad, dolor muscular u óseo, poliuria, rash cutáneo o prurito.

PRECAUCIONES.

No suministrar por vía subcutánea ni intramuscular. Vigilancia biológica: durante el tratamiento controlar la calcemia (eventualmente control electrocardiográfico). No se pueden excluir riesgos en embarazadas, administrar solo si es necesario. El calcio pasa a la leche materna. Restricciones de uso: insuficiencia renal crónica. Toxicidad digitálica. Hipercalcemia e Hipercalciuria.

INTERACCIONES.

El uso excesivo de alcohol, tabaco o cafeína disminuye la absorción de calcio. El gluconato de calcio puede antagonizar el efecto de la calcitonina en el tratamiento de la hipercalcemia. Los estrógenos aumentan la absorción de calcio; el uso simultáneo con glucósidos digitálicos puede incrementar el riesgo de arritmias cardíacas. Los diuréticos tiazídicos reducen la excreción de calcio y el uso simultáneo de fenitoína disminuye la biodisponibilidad de ambos fármacos, debido a la posible formación de complejos no absorbibles. Puede disminuir la absorción de las tetraciclinas orales. La ingestión excesiva de vitamina A (más de 5.000UI/día) puede estimular la pérdida de hueso y contrastar los efectos de los suplementos de



calcio, y el uso simultáneo con grandes dosis de vitamina D puede incrementar la absorción intestinal de calcio.

SOBREDOSIFICACIÓN.

Las manifestaciones de una hipercalcemia son cardiovasculares (hipertensión arterial, fenómenos vasomotores, trastornos del ritmo cardíaco) y generales (poliuria, polidiccia, vómitos, deshidratación). El tratamiento consiste en la suspensión del compuesto cálcico, rehidratación, reanimación en servicios especializados.

OMEPRAZOL PRESENTACIÓN.

Panal con 25 ampollas de 10ml.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada CÁPSULA contiene:

Omeprazol..... 20 mg

Cada frasco ampolla contiene:

Omeprazol..... 40 mg

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Esofagitis por reflujo gastro esofágico.

Úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna (incluyendo las producidas por AINES).

Síndrome de Zollinger-Ellison.

Tratamiento de úlcera gástrica y duodenal asociada a *Helicobacter pylori*.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Úlcera gástrica maligna.

PRECAUCIONES GENERALES:

El tratamiento con OMEPRAZOL, al igual que otros fármacos anti ulcerosos, puede aliviar la sintomatología de una úlcera gástrica maligna y dificultar su diagnóstico a



tiempo, por lo que debe tenerse en cuenta este diagnóstico en pacientes de mediana edad o mayores con sintomatología gástrica de reciente aparición o con cambios importantes (vómito recurrente, hematemesis o melena, disfagia y pérdida de peso).

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

Omeprazol no se debe administrar durante el embarazo y la lactancia, a menos que el médico tratante evalúe los riesgos y beneficios para la madre y el producto.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

En general, OMEPRAZOL es bien tolerado.

Entre 1.5 y 3% de los pacientes tratados con OMEPRAZOL experimentan efectos gastrointestinales, entre ellos, náusea, diarrea y cólico; se han informado con menor frecuencia efectos en el SNC (cefalalgia, mareos, somnolencia). En ocasiones se observan erupciones cutáneas e incremento de la actividad plasmática de las aminotransferasas hepáticas.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

Como ocurre con algunos medicamentos inhibidores de las secreciones ácidas o con el uso de antiácidos, su efecto se manifiesta alterando la absorción de algunos medicamentos como el ketoconazol el cual disminuye su absorción. OMEPRAZOL puede retrasar la eliminación del diazepam, fenilhidantoína y la warfarina.



PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:

Las biopsias de la mucosa gástrica tomadas a intervalos regulares han revelado que, con OMEPRAZOL, al igual que con los antagonistas H₂, hay un ligero incremento en la densidad de las células pseudo enterocromafines, sin cambios patológicos significativos. Esta hiperplasia es totalmente reversible, aun después de varios años de tratamiento con OMEPRAZOL. No hay evidencias de OMEPRAZOL tenga potencial muta génica.

Todas las pruebas estándar, incluyendo exámenes microbiológicos y de cultivo tisular in vitro y las pruebas in vivo en ratón, han sido negativas para mutagenicidad.

Los resultados de reproducción realizados en ratas y conejos no demostraron ningún efecto teratogénico ni signos de toxicidad fetal.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Inyectable:

En el caso de pacientes con úlcera duodenal gástrica o esofagitis por reflujo, la dosis es de 40 mg diarios.

En el síndrome de Zollinger-Ellison la dosis de inicio es de 60 mg. Oral:

Agruras e indigestión ácida: 1 cápsula de 20 mg al día.

Úlcera gástrica y duodenal: 1 cápsula de 20 mg al día, durante 2 ó 3 semanas consecutivas.

En pacientes con úlceras refractarias a otros regímenes de tratamientos, se obtiene la cicatrización en la mayoría de los casos con una dosis de 40 mg una vez al día.



MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA

ACCIDENTAL:

Hasta el momento no se han reportado casos de sobredosificación con OMEPRAZOL.

RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:

Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar fresco y seco. Hecha la solución se debe emplear según las instrucciones de administración

CLINDAMICINA

Mecanismo de acción

Aunque se considera que la clindamicina es bacteriostática, se ha demostrado su acción bactericida contra algunas cepas de Staphylococcus, Estreptococos y Bacterias.

Actúa inhibiendo la síntesis proteica bacteriana al unirse a la subunidad 50S del ribosoma bacteriano, impidiendo la iniciación de la cadena peptídica. El sitio de unión en el ribosoma es el mismo que para los macrólidos y el cloranfenicol, inhibiendo sus acciones por competencia. Por lo tanto estos agentes son antagónicos y no deben ser usados concomitantemente. In vitro se ha demostrado que inhiben la producción de toxinas estafilocócicas asociadas al síndrome de shock tóxico y previenen la producción de biofilms. Al alterar las moléculas de superficie, clindamicina facilita la opsonización, fagocitosis y muerte intracelular de bacterias, incluso en concentraciones subinhibitorias. La consecuente alteración de la pared bacteriana disminuye la capacidad de adherencia de gérmenes como Staphylococcus áureos a las células huésped y facilita su destrucción.

La clindamicina ejerce un efecto pos antibiótico duradero, contra algunas



bacterias susceptibles, quizá por la persistencia del fármaco en el sitio de u ribosómica.

FARMACOCINÉTICA

Absorción: En forma de clorhidrato (sal) o éster de palmitato se absorbe 90% por vía digestiva. Los alimentos no disminuyen su absorción, sólo la pueden retrasar. **Distribución:** La misma es amplia, alcanza concentraciones clínicamente útiles en muchos tejidos y fluidos corporales, entre los que se incluyen: hueso, líquido sinovial, pleura y peritoneo. Atraviesa con facilidad la barrera placentaria, pero no atraviesa la barrera hematoencefálica, aun con las meninges inflamadas. Es transportada activamente al interior de polimorfo nucleares y macrófagos, donde alcanza altas concentraciones. Se acumula en polimorfo nucleares, macrófagos alveolares y abscesos.

Metabolización y eliminación: Clindamicina es metabolizada en el hígado y los productos resultantes tienen una actividad variable. Clindamicina y sus metabolitos se eliminan por vía biliar y en menor grado por vía renal. No es eliminada por hemodiálisis ni diálisis peritoneal.

La existencia de circulación entero hepática de clindamicina y sus metabolitos determinan una presencia duradera del fármaco en las heces. En consecuencia, los cambios de la flora intestinal pueden persistir 2 semanas después que se interrumpe la medicación, lo que se asocia con la colitis por *C. difficile*.

Vida media: La vida media es de 2 a 2,5 horas, pero se prolonga a 8 a 12 horas en caso de disfunción hepática, por lo que se necesita ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática moderada o severa, o insuficiencia hepática y renal. En cambio, no sería necesario ajustar la dosis cuando la insuficiencia renal es aislada.



MECANISMO DE ACCIÓN

La clindamicina se une a las subunidades 50S de los ribosomas bacterianos, inhibiendo la síntesis de proteínas. Dependiendo de su concentración en el lugar de su actuación y de la susceptibilidad del microorganismo, la clindamicina es bacteriostática o bactericida. La clindamicina es activa frente a una amplia variedad de gérmenes. Se admite que es activa frente a los siguientes microorganismos: Actinomyces so.; Babesia microti; Bacteroides frágiles; Prevotella melaninogenica; Bacteroides sp.; Clostridium perfringens; Clostridium sp.; Clostridium tetani; Corynebacterium diphtheriae; Corynebacterium sp.; Cryptosporidium parvum; Eubacterium sp, Fusobacterium sp.; Gardnerella vaginalis; Mobiluncus sp.; Mycoplasma sp.; Peptococcus sp.; Peptostreptococcus sp.; Plasmodium falciparum; Pneumocystis carinii pneumonia (PCP)†; Pneumocystis carinii; Porphyromonas sp.; Prevotella sp.; Propionibacterium sp.; Staphylococcus áureos (MSSA); Staphylococcus epidermis; Streptococcus pneumoniae; Streptococcus pyogenes (group A beta- hemolytic streptococci); Streptococcus sp.; Toxoplasma gondii; Veillonella sp. En particular, muchas cepas de estreptococos y estafilococos son extremadamente susceptibles a este antibiótico. Por el contrario, entre el 10 y 20% de las cepas de Clostridia perfringens son resistentes a la clindamicina, pudiendo producirse una superinfección por este germen ocasionando una colitis pseudomembranosa. En el acné, la clindamicina tópica inhibe los microorganismos que disponen de una lipasa, reduciendo las concentraciones de ácidos grasos en el sebo. Se cree que estos ácidos grasos son los responsables de las lesiones inflamato observadas en el acné.



CEFTRIAXONA

INDICACIONES

Tratamiento de infecciones óseas por estafilococos; infecciones genitourinarias, gastrointestinales y neumonías por anaerobios; septicemias por anaerobios, estafilococos y estreptococos; infecciones de piel y tejidos blandos por gérmenes susceptibles.

Dosis (dosificación)

Tomas de 600mg a 900mg cada 6 a 8 horas

PROPIEDADES.

Su acción bactericida depende de su capacidad para alcanzar y unirse a las proteínas que ligan penicilina, localizadas en las membranas citoplasmáticas bacterianas. Las cefalosporinas inhiben la síntesis de la pared celular y del septum bacteriano, por acilación de las transpeptidasas unidas a la membrana. Además, inhiben la división y el crecimiento celular; con frecuencia se produce la lisis y la elongación de las bacterias sensibles. Las bacterias que se dividen en forma rápida son las más sensibles a la acción de las cefalosporinas. Su absorción es completa por vía IM e IV y se elimina por vía renal. Su unión a las proteínas es muy alta, se metaboliza en el hígado y no se elimina por diálisis.

INDICACIONES.

Infecciones del tracto biliar producidas por *Escherichia coli*, especies de *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*. Infecciones óseas producidas por especies de *enterobacter*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus Staphylococcus*. Infecciones del SNC por *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*. Infecciones del tracto genitourinario producidas por especies de *Clostridium*, *Escherichia coli*,



Staphylococcus aureus, S. epidermidis, Proteus mirabilis, gonorrea, neumonía, septicemia bacteriana, infecciones de piel y tejidos blandos.

DOSIFICACIÓN.

En pacientes con disfunción hepática y renal la dosis diaria no debe superar 2g. Dosis para adultos: IM o IV, 1g a 2g cada 24 horas o 500mg a 1g cada 12 horas. Infecciones gonocócicas (no complicadas): IM, 250mg como dosis única. Profilaxis peri operatoria: IV, 1g 30 minutos a 2 horas antes de la cirugía. Dosis pediátricas: IM o IV, 25mg a 37,5mg/kg cada 12 horas. Meningitis: IV, 50mg/kg cada 12 horas. La terapéutica puede iniciarse con una dosis de carga de 75mg/kg o sin ella.

REACCIONES ADVERSAS.

Son de incidencia rara calambres, dolor y distensión abdominal, diarrea acuosa y grave, fiebre, aumento de la sed, náuseas, vómitos, pérdida de peso no habitual, rash cutáneo, prurito, edema (por hipersensibilidad).

Precauciones y advertencias. En los pacientes diabéticos pueden producirse reacciones falso positivas para los análisis de glucosa en orina que utilizan sulfato de cobre. Si bien atraviesa la placenta no se han demostrado efectos adversos en el feto. También se excreta en la leche materna, normalmente en bajas concentraciones. Interacciones. El probenecid disminuye la secreción tubular renal, lo que da como resultado un aumento y prolongación de las concentraciones séricas de ceftriaxona. Contraindicaciones.

Se evaluará la relación riesgo-beneficio en pacientes con antecedentes de enfermedad gastrointestinal, en especial colitis ulcerosa y disfunción renal.



ANEXO 2

EXÁMENES DE LABORATORIO

1. HEMATOLÓGICOS

HEMOGLOBINA:

Definición: Mide la cantidad de hemoglobina sanguínea. Valores Normales:

12-16 gramos por decilitro. Interpretación:

Si esta baja puede ser por: Anemia, Sangrados, Medula ósea no puede producir células sanguíneas, Nutrición deficiente, Bajo nivel de hierro, vitamina B12, Enfermedades crónicas.

Si la Hemoglobina es alta: Se debe a hipoxia, cardiopatía congénita, Corpulmonare, EPOC grave, fibrosis pulmonar, Policitemia vera, deshidratación.

HEMATOCRITO

Definición: Es un examen de sangre que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño.

Valores Normales:

- ✓ Hombres: de 40.7 a 50.3%
- ✓ Mujeres: de 36.1 a 44.3%
- ✓ Recién Nacido: 45 a 61%
- ✓ Lactante: 32 a 42%

Interpretación: Causas de Hematocrito bajo: Sangrado, Destrucción de los glóbulos



rojos. Anemia de células falciformes, agrandamiento del bazo, disminución de la producción de las células rojas de la sangre. Problemas nutricionales. Sobre hidratación intravenosa.

Causas del hematocrito alto: Cardiopatía congénita, corpulmonare, Deshidratación, eritrocitosis, hipoxia, fibrosis pulmonar, Policitemia vera.

LEUCOCITOS

Los glóbulos blancos o leucocitos son células producidas por la médula ósea, que son responsables de las defensas inmunitarias del organismo contra las agresiones. Se encuentran en la sangre y sus valores normales están como promedio entre 4000 y 10.000 por mm³.

Hay tres tipos principales de leucocitos: los monocitos, los linfocitos y los polinucleares. Entre estos últimos podemos distinguir los neutrófilos, los eosinófilos y los basófilos. Una bajada de su número provocará una mayor fragilidad con relación a las infecciones y puede ser debida a diferentes tipos de enfermedades; las más frecuentes son las que tocan a la médula ósea como las leucemias. Un aumento puede indicar una infección u otras patologías, particularmente de la médula.

Segmentados o bastones

Los segmentados o bastones son los neutrófilos jóvenes. Cuando estamos infectados, la médula ósea aumenta rápidamente la producción de leucocitos y acaba por lanzar a la corriente sanguínea neutrófilos jóvenes recién producidos. La infección debe ser controlada rápidamente, por eso no hay que esperar a que esas células maduren antes de enviarlas al combate. En una guerra, el ejército no manda sólo a sus soldados con mayor experiencia, sino también a aquellos otros que estén disponibles.



Normalmente, apenas entre el 4% al 5% de los neutrófilos circulantes son bastones. La presencia de un porcentaje mayor de células jóvenes es una señal de la posible existencia de un proceso infeccioso en curso.

En el medio médico, cuando el hemograma presenta muchos bastones, llamamos a este hallazgo de «desvío a la izquierda». Esta denominación deriva del hecho de que los laboratorios hacen el listado de los diferentes tipos de leucocitos colocando sus valores uno al lado del otro. Como los bastones suelen estar a la izquierda en la lista, cuando hay un aumento de su número se dice que hay un desvío hacia la izquierda en el hemograma. Por lo tanto si usted escucha el término «desvío a la izquierda», significa que hay un aumento de la producción de neutrófilos jóvenes.

Monocitos

Los monocitos normalmente representan del 3% al 10% de los leucocitos circulantes. Son activados tanto en procesos virales como bacterianos. Cuando un tejido está siendo invadido por algún germen, el sistema inmune encamina los monocitos hacia el lugar infectado. Este se activa, transformándose en macrófago, una célula capaz de “comer” micro-organismos invasores.

Los monocitos comúnmente se elevan en los casos de infecciones, principalmente en las más crónicas como la tuberculosis.

EOSINÓFILOS

Los eosinófilos son los leucocitos responsables por el combate de parásitos y por el mecanismo de la alergia. Apenas entre del 1% y el 5% de los leucocitos circulantes son eosinófilos.

El aumento de eosinófilos ocurre en personas alérgicas, asmáticas o en casos de infección intestinal por parásitos.

Eosinofilia = es el término usado cuando hay aumento del número de eosinófilos.



Eosinopenia = es el término usado cuando hay reducción del número de eosinófilos.

BASÓFILOS

Los basófilos son el tipo menos común de leucocitos en la sangre. Representan del 0% al 2% de los glóbulos blancos. Su elevación normalmente ocurre en procesos alérgicos y estados de inflamación crónica.

Conclusión

Cuando los leucocitos están aumentados damos el nombre de leucocitosis. Cuando están disminuidos damos el nombre de leucopenia. La leucocitosis puede ser causada por una linfocitosis o por una neutrofilia, por ejemplo. La leucopenia puede surgir debido a una linfopenia o neutropenia.

Cuando notamos un aumento o reducción de los valores de leucocitos es importante ver cuál de los seis linajes descritos anteriormente es el responsable por esa alteración. Como neutrófilos y linfocitos son los tipos más comunes, estos generalmente son los responsables por el aumento o disminución de la concentración de leucocitos.

Grandes elevaciones pueden ocurrir en las leucemias, que no es otra cosa que el cáncer de los leucocitos. Mientras procesos infecciosos pueden elevar los leucocitos hasta 20.000-30.000 células/ml, en la leucemia estos valores sobrepasan fácilmente los 50.000 cel/ml.

Las leucopenias normalmente ocurren por lesiones en la médula ósea. Pueden ser por quimioterapia, por drogas, por invasión de las células cancerígenas o por invasión por micro-organismos.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 21-10-24

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ROSA LUZ HUARANCA ESPIRILLA

Dirección: JR. 18 DE MARZO S/N URB. LUIS BELTRAN GONZALES MZ. A LT.10

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 24699811

Teléfono: 979806098 email: rosa.luz.h.e@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor:

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [] Tesis [] Trabajo de Suficiencia Profesional [] Trabajo Académico [X]

Título: PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADO SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Cianosis, cólico, convulsiones

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1, 2?

1,2

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09

Firma de Autor



huella digital

21/10/2024

Fecha