

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**PLAN DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN LA MEJORA DE LA
ATENCIÓN A PACIENTES CON INTOXICACION POR INGESTA EN
EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL I OCTAVIO
MONGRUT – ESSALUD. LIMA. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERIA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

LIC. ENF. PERCY MARINHO MAYTA ANCHELIA

Callao, 2021

PERÚ



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

LIX CICLO TALLER DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 30-2021

ACTA DE EVALUACIÓN DE EXPOSICIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO PARA
OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Siendo las 08:30 horas del viernes 11 de junio del año 2021, mediante el uso de la Plataforma Virtual BLACKBOARD COLLABORATE de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador para Exposiciones del LIX Ciclo Taller de Trabajo Académico para obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional, conformado por:

DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	PRESIDENTA
DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ	SECRETARIA
DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ	VOCAL

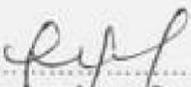
Con la finalidad de evaluar la exposición del Trabajo Académico, titulado "PLAN DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON INTOXICACIÓN POR INGESTA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL I OCTAVIO MONGRUT – ESSALUD. LIMA. 2020", presentado por Don(ña) **MAYTA ANCHELIA PERCY MARINHO**.

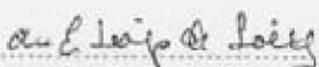
Acto seguido se procedió a la exposición del Trabajo académico a través de la Plataforma Virtual Google Meet, con la finalidad de obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de **ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**. Finalizada la exposición los miembros del Jurado formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

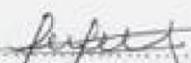
Terminada la exposición, el Jurado Evaluador de Exposición de Trabajos Académicos, luego de deliberar, acordó: **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa **MUY BUENO** y calificación cuantitativa **(18)** el presente Trabajo Académico, conforme al Art. 27° del Reglamento de Estudios de Grados y Títulos de la UNAC, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de octubre de 2018. Se eleva la presente acta al Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, a fin de que se declare **APTO(A)** para conferir el Título de Segunda Especialidad Profesional de **ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**.

Se extiende la presente acta, a las 09:00 horas del mismo día.

Callao, 11 de junio de 2021


Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI
Presidenta


Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ
Secretaria


Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ
Vocal

DEDICATORIA

A mis hijos formadores de humanidad

A mi esposa por su valiosa perseverancia

A mis padres por su filantropía

AGRADECIMIENTO

A Dios, por una oportunidad mas

A mis amados padres, por los valores transmitidos

A mi amada esposa, por darle alas a mis sueños

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por ser el hogar académico que
me vio crecer.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	4
Capítulo II. Marco teórico	6
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales	8
2.2 Bases Teóricas	13
2.3 Bases Conceptuales	16
Capítulo III.	21
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	21
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Referencia Bibliografica	32
Anexos	33

INTRODUCCIÓN

Un tóxico o veneno es cualquier sustancia, que al ser ingerida, inhalada, absorbida por la piel o al generarse dentro del cuerpo en cantidades relativamente pequeñas producen lesión al organismo, por su acción química, estas lesiones están enmarcadas dentro del deterioro de sistemas vitales tales como: respiratorios, cardíacos, digestivos, nerviosos, entre otros. Dicho de otro modo, las intoxicaciones, ya sea en forma accidental o por autólisis constituyen hoy en día un problema de salud, que cada día se agrava más (1).

El Hospital I Octavio Mongrut Muñoz escenario del presente trabajo académico está ubicado en el distrito de San Miguel bajo la dirección legal de Av. Parque de las leyendas 255, y es una institución prestadora de salud de Essalud adherida a la Red Sabogal cuya sede central se ubica en el Hospital Sabogal del Callao. Fue inaugurado el 21 de julio del 2000 como policlínico de San Miguel por el mismo médico del cual hoy lleva su nombre.

El servicio de emergencia del Hospital I Octavio Mongrut porta como misión la atención oportuna de eventos de emergencia identificando que su capacidad y equipamiento se enfoca a intervenciones de baja complejidad, sin embargo se ofrece la atención de soporte y estabilización de cualquier tipo de paciente que así lo amerite hasta su posterior referencia a un centro de atención de mayor capacidad resolutive.

Dentro de ello los casos recurrentes que se presentan en la institución es la ingesta de sustancias tóxicas cuya intervención para brindar estabilidad o anticipar las complicaciones amerita rapidez.

La realización de una valoración juiciosa desde el triaje (signos y síntomas) además de la información que se pueda obtener del paciente o del acompañante serán datos importantes, así mismo objetivizar la información sobre el producto consumido o los componentes del mismo ayudará al personal de salud a determinar

qué estrategia es la idónea para seguir y así priorizar cada una de las actividades que se irán brindando durante la atención.

El objetivo del presente trabajo buscar reforzar el protocolo de atención desde el ingreso del paciente para filtrar lo más rápido posible la atención del paciente considerando su estado potencialmente grave con el pasar del tiempo, así mismo busca identificar el origen del producto nocivo con el objetivo de reducir riesgos durante la estabilización del paciente.

Enfocar el status emocional del paciente permitirá saber si podemos contar o no con su cooperación en su atención la cual siempre tiene como finalidad la conservación de la vida, esto en relación al problema sobre agregado de los casos de intento de autoeliminación con ingesta de sustancias nocivas desconocidas.

El profesional de enfermería en Emergencia tiene siempre como valor ético y deontológico buscar todas las alternativas para la conservación de la vida del paciente a través de un cuidado que brinde soporte vital, oportuno y de calidad, entendiendo que los estados emocionales no son inherentes a la salud fisiológica y cuyo estudio por profesionales de salud mental se pueden dar posteriormente.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La intervención oportuna de enfermería en los cuidados a pacientes que acuden debido a intoxicación por ingesta de tóxicos tiene debilidades en su flujo habitual de triaje, debido a que el triaje utilizado enfoca la prioridad del problema a la situación aguda o inmediata, este filtro no contempla el potencial de gravedad de una intoxicación puesto que es posible que los signos y síntomas más agudos no se presenten necesariamente en la fase inicial, lo cual posterga una atención de soporte al paciente que puede ayudar a generar.

El presente trabajo pretende brindar un soporte en el filtro de triaje y en la acción de enfermería para que en el momento agudo de la intoxicación, o si acude ya con los signos críticos, se pueda brindar alternativas más concretas para su cuidado.

La disponibilidad de un modelo de triaje estructurado en los servicios de emergencias hospitalarios es una necesidad ineludible dentro de un sistema de salud que permite determinar el nivel de prioridad del paciente, sin embargo, en la actualidad el grado de implementación del triaje estructurado de emergencias en diferentes países es variable y en otros no existen. (2)

Al respecto sobre la etiología de los casos por intoxicación por ingesta de sustancias tóxicas. “Las intoxicaciones agudas son un problema sanitario mundial. Tan solo en España suponen entre el 1-2% de las atenciones en el servicio de Urgencias. De ellas, el 73, 2% son provocadas por la ingesta voluntaria de alcohol y drogas, el 22,1% por intentos de suicidio y el 4,7% restante por intoxicaciones accidentales producidas por la ingesta de medicamentos, el contacto con elementos químicos y por intoxicaciones alimentarias. Enfermería forma parte del equipo multiprofesional encargado de la resolución de este problema, y por ello es fundamental que conozca los principales síndromes toxicológicos para atender al paciente desde su recepción hasta la resolución de la intoxicación aguda” (4)

En Perú como en muchos de los países los servicios de emergencia de hospitales públicos vienen experimentando una demanda en la atención de pacientes, es así que en la ciudad de Lima el hospital Cayetano Heredia pasó de 65462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013. Generalmente en estos la demanda es más alta que la oferta. La atención del paciente es deficiente en la mayoría de casos; considerando el largo tiempo de espera. La falta de capacidad física en las instalaciones y la poca información que recibe el familiar son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios. La priorización y la clasificación de los pacientes son claves para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia (3)

En el servicio de emergencia del Hospital I Octavio Mongrut los casos de atención por ingesta de tóxicos en el año 2019 incluye en los 2 últimos trimestres de la siguiente manera: 68 casos en el tercer trimestre de los cuales 17 casos fueron hospitalizados 4 referidos a centro de mayor complejidad y ningún fallecido. En el cuarto trimestre fueron atendidos 74 casos por ingesta de toxico presentando 15 casos hospitalizados 6 referidos a centro de salud de mayor complejidad y 1 fallecido en unidad de shocktrauma. En este periodo se identificó las debilidades de un triaje de Índice de severidad que solo prioriza la fase aguda de la intoxicación y la débil respuesta en recursos y equipos listos para la atención oportuna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

M. AMIGO TADÍN, ET AL. (2006) En su trabajo "Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el servicio de urgencias" donde se evaluó la calidad e importancia de la atención de intoxicaciones en emergencia se realizó el siguiente estudio: Se diseñan 25 indicadores de calidad (6 estructurales, 15 funcionales y 4 administrativos), definiendo unos estándares mínimos. Se evalúa la asistencia que reciben los intoxicados atendidos durante un mes, utilizando los mencionados indicadores, y analizando los informes asistenciales, médico y de enfermería, y los documentos administrativos del paciente. Resultados: Se han valorado 139 intoxicados. Se disponía del protocolo terapéutico, de los antídotos necesarios y de sondas gástricas adecuadas en el 100% de los casos. La analítica toxicológica cualitativa estaba disponible en el 89% y la cuantitativa en el 49%. El tiempo transcurrido entre la llegada al servicio de emergencia y la atención al paciente fue inferior a 15 min en el 78% de casos. El intervalo entre la llegada al servicio de emergencia y el inicio de la descontaminación digestiva fue inferior a 15 min en el 57% de casos. La aplicación adecuada de los diversos algoritmos de valoración clínica, diagnóstico y tratamiento osciló entre un 50 y un 95%. Los registros de presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura constaban entre un 35 y un 81% de los pacientes. El parte judicial se realizó en el 31% de los casos y la interconsulta con el psiquiatra en todos los intentos de suicidio. La mortalidad fue del 0%. (5)

NOGUÉ S, ET AL (2010) Adecuación de un sistema de triaje y del circuito asistencial en urgencias en un paciente intoxicado
Objetivo: Valorar la calidad del triaje y del circuito asistencial de las intoxicaciones. Método: Durante tres meses, se han revisado los informes de triaje de las intoxicaciones agudas. Se incluyeron variables demográficas, toxicológicas, clínicas, nivel de triaje otorgado por el Modelo Andorrano de Triaje (MAT), demora asistencial y área de primera asistencia. Se valoró en cada caso la adecuación en la priorización de la asistencia y en la elección del área de primera asistencia. Los resultados fueron comparados con aquellos que fueron atendidos en urgencias. Resultados: Se han incluido 123 intoxicados, con una edad media de 41,6 años (DE: 15). El 51% fueron mujeres. El sistema clasificó a los intoxicados como nivel I el 1,6%, II el 20,5%, III el 36,9%, IV el 32% y V el 9%. Tras el triaje, la asistencia se demoró menos de 5 min (19%), entre 5-10 min en el 27% o más de 10 min (54%). Cuando se compararon estos resultados con los de las urgencias en general, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la estratificación de la prioridad asistencial, pero sí respecto al área de primera asistencia, que es preferentemente medicina (60%) o psiquiatría (37%) en el caso de los intoxicados ($p < 0,001$). Cuando se compararon las intoxicaciones y las urgencias generales respecto a la demora entre triaje y asistencia, se constató que la demora asistencial fue menor en las intoxicaciones ($p < 0,001$). El 13,3% de los intoxicados tributarios de descontaminación digestiva fueron clasificados de forma inadecuada por no priorizar la asistencia. Por el mismo motivo, el área de primera asistencia resultó impropia en el 13,3% de los intoxicados en los que estaba indicada la descontaminación. Conclusión: El sistema de triaje MAT clasificó inadecuadamente la prioridad asistencial en el 13,3% de las intoxicaciones tributarias de descontaminación digestiva. Otro 13,3% de intoxicados tributarios de descontaminación digestiva fueron remitidos a un área inadecuada de primera asistencia. El sistema de triaje MAT debería tener en cuenta que algunos intoxicados deben priorizarse porque están en fase de absorción del tóxico. (6)

CENTENO CASA; TANDALLA TIPANLUIA (2016). En su investigación, Aplicación del protocolo de atención de enfermería en usuarios ingresados con intoxicación por sustancias tóxicas que causan morbi-mortalidad; servicio de medicina interna del hospital Alfredo Noboa Montenegro, ciudad Guaranda, Ecuador. Enero 2013 - diciembre 2016. Indican que como resultado se comprueba que en el servicio de medicina interna no se aplica al 100% el protocolo de atención para paciente intoxicado, puesto que la atención que brinda la enfermera/o se guía en los problemas que presenta el paciente, para dar cumplimiento a las prescripciones médicas. (7)

CASARES CASQUERO, LUCIA – ESPAÑA LA CORUÑA (2018) Realizó una investigación donde se obtuvieron en total 62 artículos de los cuales fueron seleccionados 3 que eran los que citaban cuales habían sido los resultados obtenidos una vez aplicados los protocolos de triaje en el servicio de urgencias. Como resultado las recomendaciones actuales con la aplicación del método de triaje en urgencias reduce la mortalidad, el tiempo de espera y prioriza según el nivel de la urgencia que se presente, así mismo muestra el papel fundamental de la enfermería respecto a la eficacia de la actuación y cuidado. (8)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

VIRU LOZA, MANUEL ANDRÉ (2015). “Manejo actual de las intoxicaciones agudas por inhibidores de la colinesterasa: conceptos erróneos y necesidad de guías peruanas actualizadas” El objetivo del presente estudio fue identificar las prácticas erróneas que se realizan en la atención a pacientes con intoxicaciones por órgano fosforado para plantear modificaciones en las Guías actuales del Ministerio de Salud. La Metodología utilizada fue la Investigación descriptiva. Las conclusiones a la que llegó señala que es necesario elaborar una guía oficial de manejo de intoxicaciones por inhibidores de la colinesterasa por parte del Ministerio de Salud en base a información actualizada para adultos, así como actualizar la Guía vigente para el manejo de estas intoxicaciones en niños. (9)

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría de Virginia Henderson (Modelo de suplencia o Ayuda) (10)

Llegó a definir la enfermería en términos funcionales, lo que apareció publicado en 1959: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

A. Ámbito de aplicación

Servicio de Emergencia: A nivel de la respuesta inmediata de enfermería que brinda soporte al paciente de emergencia cuyo riesgo de vida se evidencia en la pérdida de funciones vitales, la teoría de Virginia Henderson coincide con los parámetros de un triaje efectivo y una valoración acorde a las necesidades fisiológicas del paciente.

A.1 Ámbito Hospitalario

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5º.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7º.- Mantener la temperatura corporal : Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8º.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9º.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones : Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos

2.2.2. Teoría Del Cuidado Humano De Jean Watson

Define el cuidado como un proceso entre dos personas con la dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromiso en la acción de cuidar. Aquí la Enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana. (Cisneros F., 2002)

La teoría del cuidado humano sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Según Watson, el interés de la Enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y a la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científica relacionada con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la Enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

B. Metaparadigmas

B.1 Persona: Individuo de la especie humana, que cuando es portador de una enfermedad o bajo un estado de vulnerabilidad de la salud llamaremos paciente.

B.2 Cuidado: Actividades de suplencia de la enfermera hacia el paciente para mantener un estado de salud adecuado

B.3 Entorno: Situación o escenario donde se desarrolla el cuidado de enfermería, en este caso, dentro de un servicio hospitalario donde brinde todas las herramientas y personal capacitado para brindar un cuidado oportuno.

B.4 Salud: Estado de equilibrio físico, fisiológico, mental y ambiental que permita al paciente desarrollar todas sus funciones básicas con autonomía.

2.3 Base Conceptual

Un toxico es cualquier sustancia química, solida o liquida que al ser ingerida produce lesiones perjudiciales para la salud del individuo que la consume con el riesgo subsecuente de perder la vida. La intoxicación genera una respuesta en el organismo a corto o mediano plazo, cuyos síntomas clínicos más relevantes se denomina intoxicación aguda.

Toxicología

La toxicología es una ciencia que identifica, estudia y describe la dosis, la naturaleza, la incidencia, la severidad, la reversibilidad y, generalmente, los mecanismos de los efectos tóxicos que producen los xenobióticos que dañan el organismo. La toxicología también estudia los efectos nocivos de los agentes químicos, biológicos y de los agentes físicos en los sistemas biológicos y que establece, además, la magnitud del daño en función de la exposición de los organismos vivos a previos agentes, buscando a su vez identificar, prevenir y tratar las enfermedades derivadas de dichos efectos.⁽¹⁰⁾

2.3.1 Clínica

El diagnóstico de una intoxicación aguda, al igual que otras patologías, se basa en:

- a) una anamnesis adecuada,
- b) una valoración de la sintomatología clínica correcta
- c) exploraciones complementarias.

Nemotecnias para recordar los signos muscarínicos.-

1. SLUDGE/BBB: Salivation, Lacrimation, Urination, Defecation, Gastric Emesis/ Bronchorrhea, Bronchoespasm, Bradycardia.

2. DUMBBBELS: Defecation, Urination, Miosis, Bronchorrhea, Bronchoespasm, Bradycardia, Emesis, Lacrimation, Salivation.

Nemotecnia para recordar los signos nicotínicos.-

✓ FATCH: Fasciculaciones, actividad Adrenal incrementada, Taquicardia, Calambres, Hipertensión.

Dentro del cuadro clínico los hallazgos clínicos sugerentes de severidad o gravedad son: cambios en el estado mental, coma, convulsiones, broncorrea, broncoconstricción, dificultad respiratoria severa, fasciculaciones musculares, debilidad generalizada severa, defecación involuntaria, inestabilidad autonómica y parálisis.

La broncorrea puede progresar a edema pulmonar y falla respiratoria aguda.

Generalmente los insecticidas carbamatos no pasan al SNC, no se asocian al síndrome intermedio, no producen neuropatía retardada. (Juárez E., 2013)

2.3.2 TRIAJE

El «*triaje*/clasificación» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

La aplicación del *triaje*, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 ó 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado *triaje* estructurado

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en *triaje*: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del *triaje* deben ser:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de *triaje* estructurado con una amplia implantación:

1. La *Australian Triage Scale* (ATS)
2. La *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS)
3. El *Manchester Triage System* (MTS)
4. El *Emergency Severity Index* (ESI)
5. El Sistema Español de *Triage* (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del *Model Andorrá de Triage*:

2.3.3 Participación De Enfermería En El Triage Hospitalario

Los profesionales que realicen el triaje estructurado, deben tener la capacidad de comunicación eficiente con el equipo multidisciplinario, tacto al momento de atender a los pacientes, paciencia, comprensión y discreción. La recepción de los pacientes y sus familiares debe ser en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad. Dado que en las modernas escalas de triaje de cinco niveles no se establecen diagnósticos médicos y que todas ellas se basan en la sintomatología de los pacientes, la función recae principalmente en Enfermería. De esta forma, la enfermera de triaje ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área de recepción administrativa del servicio y con la sala de espera de los pacientes. En cuanto a las competencias profesionales, es importante tener la capacidad organizativa y resolutive en situaciones difíciles, para que ésta no limite el reconocimiento de los pacientes realmente graves. Dicha situación se logra al conocer el triaje, realizar una rápida evaluación clínica, recolectar los datos expresados por el paciente y dirigir la entrevista cuando sea necesario para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica del paciente (de forma subjetiva o, siempre que sea posible, mediante monitorización de las constantes vitales), y finalmente documentar dicha valoración en un formato o lista de chequeo de una forma sistematizada. (12)

Con la finalidad de fortalecer el sustento del trabajo académico, se recomienda agregar cuidados/actividades/acciones que realiza el profesional de enfermería en los casos de intoxicación por ingesta y describir/explicar brevemente cada uno/a.

2.3.4 Diagnostico

El diagnóstico es básicamente clínico, teniendo en cuenta algunos criterios:

- Presencia de las manifestaciones clínicas muscarínicas y/o nicotínicas.
- La respuesta al reto de atropina refuerza el diagnóstico en caso de duda:

- Atropina: 1 a 2 mg, VIV, STAT y observar. La ausencia de síntomas o signos de efectos anticolinérgicos soporta el diagnóstico de envenenamiento con un inhibidor de la acetilcolinesterasa.

- La combinación de pupilas puntiformes (miosis), sudoración excesiva y fasciculaciones musculares, es patognomónico del envenenamiento por órganos fosforados. (MINSA. Riesgo a la salud, 2014)

B. Diagnóstico Diferencial.-

En la fase aguda, debemos pensar en procesos patológicos que comprendan más de un órgano (multisistémico): crisis convulsivas, insuficiencia respiratoria aguda, ictus/ACV (hemorragia en la protuberancia), síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, intoxicación alcohólica, síndrome de abstinencia alcohólica, enfermedad diarreica aguda, edema agudo de pulmón, síndrome neuroléptico maligno, enfermedades respiratorias. (Juárez E., 2013)

2.3.5 Exámenes Auxiliares.-

En general, los exámenes de laboratorio son normales en las intoxicaciones leves. En los pacientes graves con signos de toxicidad moderada a severa, pueden solicitarse:

- Hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh.
- TP – INR y TPT.
- Glucosa , urea y creatinina. d. AGA y electrolitos séricos.
- Examen completo de orina.
- Amilasa sérica.
- EKG (electrocardiograma).-.
- Radiografía de tórax.

- Pruebas hepáticas: Bilirrubinas, transaminasas (AST y ASL) y fosfatasa alcalina.

2.3.6 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Según el Ministerio de Salud. Manual de intoxicaciones, 2001 en su publicación nos indica:

Medidas iniciales de soporte.

Evaluación inmediata y manejo de los trastornos de la vía aérea, respiración y circulación.

- Atención inmediata de la vía aérea. Administrar oxígeno por catéter nasal para mantener SaO₂ > 90% (no es una condición previa para utilizar atropina).

Aspiración de secreciones respiratorias.

Se recomienda oxígeno al 100% e inmediata intubación endotraqueal en pacientes con intoxicación moderadas a graves y con estado mental marcadamente deprimido.

- Concomitantemente, resucitación con fluidos intravenosos.
- Si el paciente está muy agitado o con convulsiones, debe administrarse benzodiazepinas. Su uso agresivo puede mejorar la sobrevida y previene la injuria cardíaca y del sistema nervioso central. Se recomienda:
 - Diazepam adultos: 10mg, VIV, administración lenta, en tres minutos. Puede repetirse cada 10 a 15 minutos hasta una dosis máxima de 30mg.

Dosis pediátrica: 0.2 a 0.3mg/Kg VIV en tres minutos. Dosis pediátrica máxima en menores de 5 años: 5mg. Dosis pediátrica máxima en mayores de 5 años: 10mg. Midazolam: 5 a 10mg, VIM. (Dosis pediátrica: 0.1 a 0.3mg/Kg IM)

2.3.7 Atención De Enfermería Inmediata En Paciente Con Intoxicación Aguda

- Luego de la estabilización inicial del paciente: mantener la vía aérea permeable, respiración y adecuada circulación. Iniciar el proceso de descontaminación. Colocarlo en el monitor multiparámetro.

- Colocar al paciente en posición decúbito lateral izquierda, esto disminuye el riesgo de aspiración y puede reducir el vaciado del píloro y por consiguiente, la absorción del pesticida.

- Administración de oxígeno para mantener la Sat.O₂ > 90%.

- Abrir dos vías intravenosas. Una para la administración de líquidos y otros medicamentos, y la otra exclusivamente para la atropina.

Puede iniciarse la reanimación con solución salina: 10 a 20 ml/Kg peso, en 10 a 20 minutos. Mantener la P.A. sistólica:

> 80mmhg y el volumen urinario: > 0.5 ml/Kg/hora.

- Abrir hoja de monitoreo hemodinámico y neurológico. Registrar la presión arterial, frecuencia cardíaca, diámetro de las pupilas, Sat.O₂, Glasgow y hallazgos de la auscultación del tórax antes de administrar la primera dosis de atropina.

Administración inmediata y concomitante a todo el proceso anterior de Atropina. El sulfato de atropina bloquea los efectos de las altas concentraciones de acetilcolina en las sinapsis colinérgicas y es la droga de elección. Revierte los síntomas colinérgicos y mejora la función cardíaca y respiratoria. Cruza la barrera hematoencefálica y contrarresta el efecto del exceso de acetilcolina en el sistema extrapiramidal. Controla los efectos muscarínicos, pero no es eficaz en las manifestaciones clínicas mediadas por el receptor nicotínico. Antagoniza los efectos muscarínicos y algunos efectos sobre el S.N.C., pero no es tan eficaz en la debilidad del músculo esquelético, convulsiones o inconciencia.

Atropina: administrar de 2 a 5 mg, VIV, en bolo. Después de 5 a 10 minutos de colocar la primera dosis de atropina; evaluar el pulso, presión arterial,

diámetro de las pupilas, sudoración y los ruidos pulmonares. Si no han mejorado, suministrar una segunda dosis al doble de la atropina inicial.

Continuar cada cinco minutos dando dosis doble de atropina si no hay respuesta. Dosis inicial de atropina en niños: 0.05mg/Kg, VIV, en bolo.

Continuar con los bolos de atropina hasta que la F.C. > 80 lat. /min, la PA sistólica > 80 mmHg y los ruidos respiratorios se ausculten normales (la atropina no aclara las áreas focales de aspiración pulmonar). La sudoración se detiene en la mayoría de los casos.

La taquicardia no es contraindicación para usar atropina porque puede ser causada por otros factores (deshidratación / hipovolemia, neumonía, hipoxia y supresión alcohólica).

Las pupilas generalmente se dilatan, sin embargo, este signo no es un punto final útil para el tratamiento inicial con atropina debido a que existe un retardo antes del efecto máximo. Pero, las pupilas muy dilatadas son un indicador de toxicidad atropínica.. (Juárez E., 2013)

Los signos de atropinización son:

- ✓ Ausencia de crepitantes o estertores pulmonares difusos y sibilantes (los estertores focales o localizados pueden indicar aspiración, y no broncorrea).
- ✓ Frecuencia cardíaca mayor de 80 latidos/min.
- ✓ Presión arterial sistólica mayor de 80 mmHg.
- ✓ Axilas secas.
- ✓ Pupilas no puntiformes o midriasis (tardío).

Otras drogas empleadas en el tratamiento por intoxicación por órgano fosforado:

- Benzodiazepinas: tienen efectos favorables sobre la ansiedad, inquietud, fasciculación muscular, convulsiones, aprehensión y agitación.
- Bicarbonato de sodio: la infusión intravenosa de bicarbonato de sodio (5 mEq/Kg en 60 minutos, seguido por 5 – 6 mEq/Kg/día), ayuda a una alcalinización moderada (pH sanguíneo entre 7.45 y 7.55) en el envenenamiento por pesticidas órganos fosforados; lo cual ha demostrado efectos benéficos. La alcalinización de la sangre produce hidrólisis de la molécula del órgano fosforado.
- Sulfato de magnesio: bloquea los canales del calcio y de esta manera reduce la liberación de acetilcolina. Se puede administrar en una dosis de 4g en el primer día de admisión; disminuye el período de hospitalización y mejora el pronóstico en el envenenamiento por órganos fosforados.
- Oximas y glicopirrolato: no se encuentran disponibles en el hospital.

2.3.8 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Durante el tratamiento farmacológico de inicio y el manejo de sostén deben vigilarse signos de toxicidad por atropina, no son frecuentes los efectos adversos fatales. Los siguientes obligan a modificar la dosis de atropina.

Signos de toxicidad atropínica:

Delirio o confusión mental, que dura normalmente de 24 a 48 horas.

Hipertermia.

Íleo: ausencia de ruidos peristálticos (o retención urinaria). En caso de presentarse los tres, se debe detener la infusión de atropina, evaluar cada 30 minutos y, cuando estos signos de toxicidad mejoren, reiniciar atropina con el 80% de la última dosis de infusión y continuar el monitoreo.

Otros datos de toxicidad atropínica incluyen visión borrosa, boca seca, inhabilidad para transpirar y midriasis.

2.3.9 Signos de alarma:

- Escala de coma de Glasgow < 12, a pesar del tratamiento administrado.
- Disartria, coma y depresión respiratoria; asociados a intoxicación severa.
- Debilidad para flexionar la nuca, es un signo precoz que indica debilidad muscular y es útil para predecir el inicio de la insuficiencia respiratoria.

2.3.10 Pronóstico:

La mortalidad en el envenenamiento agudo está entre 3 y 20%, pero puede alcanzar hasta el 50% en pacientes que requieren intubación.

El pronóstico en estos pacientes depende del tipo de sustancia ingerida (el envenenamiento por organofosforados es más grave que el carbamato), la cantidad del plaguicida, la vía de absorción, la rapidez del diagnóstico y la instauración temprana de las medidas terapéuticas adecuadas. Es importante la administración del tratamiento adecuado, pues la recuperación en las primeras 24 a 48 horas es un indicador de buen pronóstico.

La mayoría de muertes ocurren agudamente debido a la hipoxia creada por una combinación de efectos colinérgicos agudos periféricos y apnea central, que se agrava con las convulsiones. Otros fallecimientos ocurren tardíamente debido a choque cardiovascular distributivo, disfunción de la unión neuromuscular, toxicidad colinérgica recurrente o complicaciones de la insuficiencia respiratoria y el deterioro de la conciencia. (Gavilanez J., 2015)

2.3.11 COMPLICACIONES.-

- Arritmias cardíacas, neumonía aspirativa, neumonía, insuficiencia respiratoria.
- Síndrome Intermedio, Encefalopatía y Neuropatía periférica.

La insuficiencia respiratoria se debe a mecanismos a nivel central o periférico. Puede manifestarse como crisis colinérgica aguda de origen neurológico central que responde a la atropina (parálisis tipo I), o durante la fase de recuperación aparente y que no responde a la atropina (síndrome intermedio o parálisis tipo II). (Thundiyil J., 2015)

2.3.12 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.

La presentación clínica compatible con toxicidad moderada a severa debe manejarse en la unidad de cuidados críticos.

Luego del alta hospitalaria, el paciente debe ser referido a consulta ambulatoria en el establecimiento de salud que lo refirió.

Evaluación del paciente a las 2 - 4 semanas después del alta es importante para evaluar la presencia de signos de neuropatía retardada. Debe ser evaluado en el consultorio de Neurología.

Si el envenenamiento ha sido intencional, el paciente debe ser evaluado por consultorio externo de Psiquiatría en forma ambulatoria.

2.3.13 INDICACIONES DE HOSPITALIZACION EN LA UCI.- Si el paciente presenta uno de estos factores:

- PaO₂ < 45mmHg. P.A. Sistólica < 80mmHg.
- Necesidad de intubación. Bloqueo A-V de segundo o tercer grado.
- Convulsiones persistentes. Falta de respuesta a estímulos verbales.

- QRS > 0.11 seg. Escala de Coma de Glasgow < 12.
- Arritmias. Acidosis progresiva.

Tabla 1. Síndromes Neurotoxicológicos más frecuentes y sus síntomas

Síndrome	Síntomas	Tóxico causal
Colinérgico-muscarínico	Miosis, bradicardia Vómitos, diarrea Relajación de esfínteres Lagrimeo, sialorrea Hipersecreción (bronquial)	Acetilcolina Pilocarpina Insecticidas organofosforados, carbamatos Setas (<i>Inocybes</i> , <i>Clinocybes</i>)
Anticolinérgico	Midriasis, taquicardia Sequedad piel y mucosas Hipertermia, sed Retención urinaria Hipoperistaltismo Delirio	Antihistamínicos Antidepresivos tricíclicos Alcaloides de la belladona Escopolamina Fenotiazinas (leve) <i>Datura stramonium</i>
Simpatomimético	Taquicardia, hipertensión arterial Agitación, convulsiones	Teofilina Anfetamínicos, cocaína
Narcótico	Miosis puntiforme Depresión del SNC Bradipnea, hipotensión	Codeína, Heroína Propoxifeno Pentazocina, Loperamida Otros opiáceos

Teitelbaum (2009) [Primera edición: 1982]. «Capítulo 56: Introducción a la toxicología ocupacional y ambiental

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

1. JUSTIFICACION

Desde el año 2005 no se actualiza la guía de manejo de intoxicaciones según MINSA, a través de los años el manejo de los cuidados de enfermería de estos pacientes ha sido según un criterio, prioridad y capacidad diferente entre cada centro de salud. Así tenemos aún centros de atención de emergencia que utilizan mecanismo en desuso como el jarabe de ipecacuana, el lavado gástrico, el carbón activado y otras técnicas más que se han comprobado su poca eficacia frente a una intoxicación

Si bien es cierto la mortalidad por intoxicación debido a ingesta no es muy alta, se evidencia que por la demora de la atención el paciente lleva a condiciones de inestabilidad vital, lo cual posteriormente puede generar efectos secundarios que pudieron prevenirse, como el status neurológico, las lesiones gastrointestinales o la depresión respiratoria.

Las intoxicaciones por ingesta de sustancias desconocida, amerita un manejo unificado que permita al profesional de enfermería brindar una respuesta eficaz frente al paciente. Esto inicia por una buena preparación desde los recursos con los que se debe contar para los cuidados inmediatos y el triaje adecuado para filtrar con prioridad a los pacientes que potencialmente pueden agravar su condición según sus signos vitales.

El registro y seguimiento de los casos nos va a permitir identificar si es posible mediante una organización mejorar las condiciones y la respuesta oportuna frente a pacientes intoxicados por ingesta. Así, se refleje que la calidad de atención de enfermería puede siempre puede optimizarse.

2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la intervención de enfermería en pacientes que acuden al servicio de emergencia por intoxicación debido a ingesta de productos desconocidos Hospital I Octavio Mongrut Muñoz - EsSalud San Miguel – 2019.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Mejorar la intervención de enfermería desde el triaje
- Instalar y supervisar la instalación de un kit de productos de uso inmediato para la atención de pacientes que acuden por intoxicación debido a ingesta
- Dejar las bases para implementar y/o actualizar una guía que brinde un seguimiento efectivo a los cuidados de enfermería de pacientes intoxicados debido a ingesta
- Capacitar a todo el personal de salud del Servicio de Emergencia - Hospital I Octavio MOngrut Muñoz – San Miguel EsSalud para mejorar la calidad de respuesta a pacientes que acuden por intoxicación debido a ingesta.

3. META

Más del 80% de licenciados de enfermería asumirá el rol de un triaje minucioso para la detección oportuna de pacientes que acudían por intoxicación debido a ingesta y posteriormente activa una secuencia de cuidados de enfermería inmediatos para su estabilización –Hospital I Octavio Mongrut Muñoz EsSalud San Miguel – 2020

4. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Capacitación al personal del Área de Triage y de Emergencia sobre proceso de intervención asistencial a pacientes con intoxicación por ingesta	N° de personal asistencial que recibe orientación personalizada sobre propuesta de uso de kit de atención a pacientes intoxicados por ingesta	Lista de conformidad	80%	Del 01 de enero 2020 al 20 de enero del 2020	Lic. Percy Mayta
Realizar triaje oportuno. Control de signos y síntomas y entrevista efectiva	N° de casos identificados de pacientes intoxicados por ingesta evaluados en triaje	Ficha de atención	85%	Del 22 de enero del 2020 al 28 de enero del 2020	Lic. Percy Mayta
Enlazar la prioridad a la enfermera responsable de cuidados específicos para la apertura del kit de cuidado para intoxicaciones y coordinación con el medico	N° de veces de apertura de kit de atención a pacientes intoxicados por ingesta.	Registro de uso de kit	100%	Del 1 de febrero del 2020 al 8 de febrero	Lic. Percy Mayta

Reforzamiento del proceso conjunto y registro en cuaderno de atenciones	del en su en de	N° de atenciones realizadas en concordancia con apertura de kit de atención de pacientes intoxicados por ingesta	Observación entre la hora del pase de triaje y al hora de apertura del kit de atención a pacientes intoxicados por ingesta	100%	Del 8 de Febrero del 2020 a 12 de Marzo	Lic. Percy Mayta
Evaluacion Resultados	de	N° de atenciones registradas en cuaderno de emergencia	Anotar el tiempo de respuesta en conjunto desde la identificación en triaje del caso hasta la apertura del kit de atención a pacientes intoxicados por ingesta	100%	Del 13 de marzo al 15 de Marzo del 2020	Lic. Percy Mayta

5. RECURSOS

5.1.1. RECURSOS MATERIALES

- ✓ Flujograma de triaje ESI en área de acceso
- ✓ Armar y tener listo un kit de equipos para atención de intoxicación
 - Cateter periférico n18 o n20 (2)
 - Jeringas de 20 ml
 - Llave triple vía
 - Extensión dis
 - Equipo venoclisis
 - Cloruro de sodio 0.9%1000 ml
 - Tegaderm
 - Esparadrapo
 - Sonda nasogástrica n 14
 - Lidocaína en gel
 - Guantes n7
 - Sonda foley n 14
 - Bolsa colectora (2)
 - Tubo endotraqueal n8
 - Sujeción de tubo endotraqueal
 - Filtros HME
 - Canula binasal
 - Frasco humidificador
 - Agua destilada

- ✓ Ficha de control de administración de medicación

5.1.2. RECURSOS HUMANOS

- ✓ Dr Edwin Pajares Jefe Médico del Servicio de Emergencia
- ✓ Lic. Sarina Mestanza Jefa de Enfermería del Servicio de Emergencia
- ✓ Dr Alexei Aliaga Medico Emergencista Asistencial

- ✓ Lic. Percy Mayta, Licenciado de enfermería asistencial
- ✓ Tec Gisell Melendez Técnica de enfermería del servicio de emergencia
- ✓ Lic. Jaime Gonzales, Lic. del área de triaje de emergencia que asiste al médico de triaje rotativo
- ✓ Profesionales médicos y de enfermería en general
- ✓ Personal profesional de laboratorio e imágenes
- ✓ Personal de seguridad del servicio de emergencia

6. EJECUCIÓN

La ejecución de las actividades del plan de intervención se realiza anualmente, y para el presente año 2020 se ha ejecutado las intervenciones en el Hospital I Octavio Mongrut con personal de enfermería y medicina que laboran en el durante el periodo enero 2020 a marzo 2020 , las intervenciones de revisión de flujo en el triaje y operatividad del kit de atención en caso de intoxicación por ingesta, se realizaron como parte de la actividad diaria de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia, mediante la preparación, detección e intervención oportuna , podremos aumentar la calidad de atención al paciente cuando lo necesite. También se realizó las actividades administrativas para registrar la cantidad de eventos por intoxicación debido a ingesta que se atienden en el servicio de Emergencia nos permitirá a su vez identificar el tiempo de respuesta desde su ingreso hasta su estabilización Finalmente se complementó las actividades con el seguimiento de casos en la derivación de su atención por neurología, psiquiatría, gastroenterología, medicina familiar o reporte policial en caso lo amerite.

7. EVALUACIÓN

La intervención del plan fue realizada en un 94.7% del total de casos presentados. Dentro de las dificultades encontradas tuvimos resistencia a las capacitaciones del personal médico por considerarlo demasiado específico dentro de la gama de patologías que acuden al servicio de Emergencias, sin embargo se les motivó a que una respuesta rápida en estos casos de intoxicación por ingesta podría ser un piloto de respuesta muy bueno que podría replicarse con otras patologías.

El soporte académico demostraba a partir del 2005 no existe en MINSA una guía actualizada de manejo de intoxicaciones pese a la variedad de técnicas que se pueden utilizar según diferentes criterios, la intención es fortalecer el soporte vital del paciente y que dado las indicaciones posteriores el paciente cuente con todos los recursos disponibles en el menor tiempo posible.

Desde enfermería, realizar una actividad adicional como la revisión del kit fue una complicación para un grupo de profesionales de enfermería que indicaban que existían otras actividades que también demandaban tiempo su revisión como el conteo de coche de paro, el conteo de medicación e insumos, el censo de los pacientes y la verificación de operatividad de equipos biomédicos, lo cual no les significaba mucho apremio tener que sumarle una actividad adicional a su labor de atención administrativa.

Se les comentó que el kit venía incluido con un formato simple de pocos productos que eran necesarios agruparlos así para que dado el momento de la atención no se tenga que ir en reiteradas oportunidades en búsqueda de recursos de forma individual.

A pesar de dichas dificultades se pudo aplicar la inserción del kit de atención para intoxicación debido a ingesta en el periodo enero 2020 a marzo 2020. Atendiéndose un total de 18 pacientes cuya respuesta eficiente en la atención mejoró en 16 de los casos. Del total de los atendidos solo a 2 se les aplicó la totalidad del kit y 15 de los 16 atendidos tuvieron fichas de seguimiento. De los 2 casos restantes en 1 no hubo mejora en el tiempo de atención.

Tablas:

1. Sobre personal capacitado

CAPACITADOS	40
NO CAPACITADOS	24
TOTAL EN EQUIPO DE EMERGE	64



Tabla 1. Capacitados sobre uso de kit de intoxicación - Servicio de Emergencia Hospital I Octavio Mongrut

2. Distribucion de capacitados según ocupacion

MEDICOS	6
LICENCIADOS DE ENFERMERIA	14
TECNICOS DE ENFERMERIA	13
PERSONAL ADMINISTRATIVO	2
PERSONAL DE SEGURIDAD	5

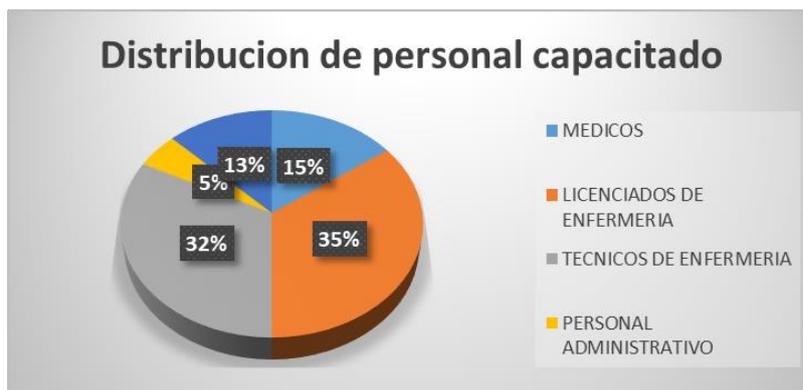


Tabla 2. Distribucion de capacitados según ocupación – Servicio de Emergencia Hospital I Octavio Mongrut

3. De los casos registrados y los casos identificados por intoxicación de ingesta

Casos registrados	31
Casos identificados	18
Atendidos con uso de kit	18
Casos atendidos sin uso de kit	13

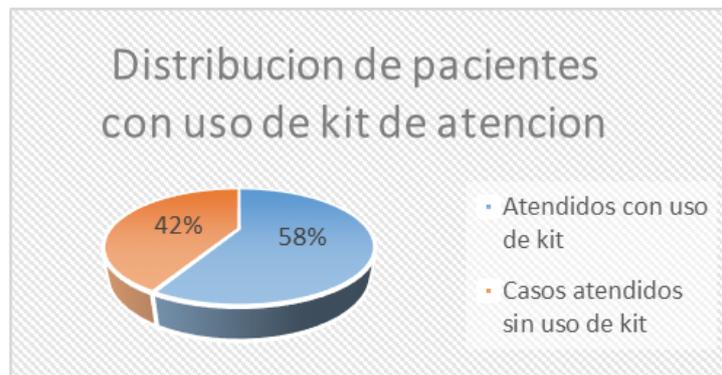


Tabla 3. Distribucion de casos registrados como intoxicados por ingesta en Servicio de Emergencia Hospital I Octavia Mongrut

4. Mejora de resolución de casos desde identificación, tiempo de atención y alta.

Total Casos Identificados	18
Resolucion efectiva	16
Dificultad de mejora	2

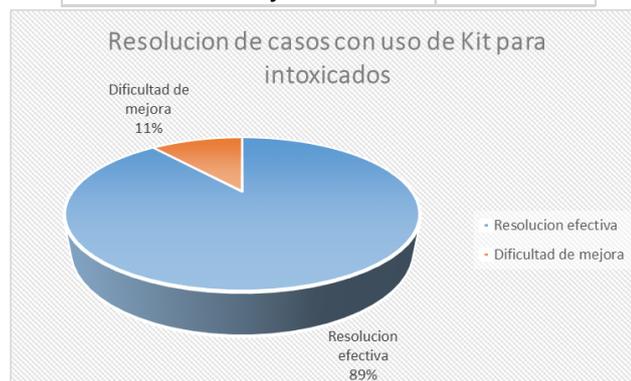


Tabla 4. Resolución efectiva de casos de intoxicación por ingesta con uso de kit de intoxicación por ingesta Servicio de Emergencia Hospital I Octavio Mongrut

CONCLUSIONES

1. Es posible mediante un plan estructurado proponer alternativas de mejora de respuesta frente a pacientes que acuden por intoxicación debido ingesta.
2. La normalización de actividades en el equipo de salud que lleva años laborando genera dificultad que se aperturen nuevas ideas o protocolos dentro del servicio
3. Un adecuado triaje puede filtrar un paciente intoxicado en fase aguda y reducir los efectos secundarios posteriores a la intoxicación.
4. El orden dentro de la conformación de un kit permite no perder tiempo valioso en la búsqueda de cada elemento para la atención del paciente teniendo la seguridad que todo el soporte vital se encuentra en un solo bloque
5. En el seguimiento de casos podemos evidenciar que se redujo el tiempo de espera de la atención, el tiempo de espera en la intervención y el buen soporte vital oportuno para la toma de decisiones medicas

RECOMENDACIONES

1. Realizar un trabajo de investigación de cohortes donde se evidencie la efectividad de una guía de manejo de pacientes intoxicados por ingesta
2. Identificar cuáles son las patologías frecuentes que motiven a desarrollar un plan de acción para la respuesta oportuna con la formación de kits de atención.
3. Ampliar el tiempo de estudio o aplicación, en nuestro caso debido a la evidencia de aumento de casos de sars cov 2 no se pudo continuar para evitar infecciones cruzadas. Tenemos solo una emergencia
4. Generar empatía y compromiso con el personal de salud de emergencia que puede estar resistente a nuevas actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

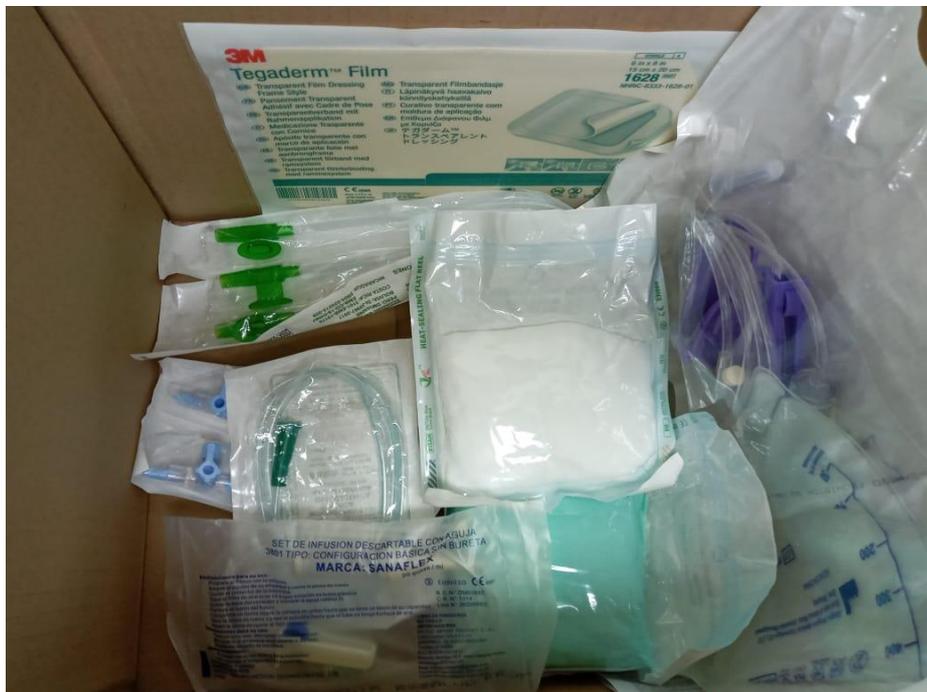
- (1) Ccoillo Contreras, E. (2017) Cuidado de enfermería en pacientes con intoxicación por organos fosforados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo Puquio, junio 2017
- (2) Gómez J . (2003). Clasificación de pacientes en servicios de urgencias y emergencias. Emergencias ; 15 :165-174 2. M
- (3) Villchez Zapata, c. (2009). Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - Essalud. Noviembre del 2008 a setiembre 2009. Universidad Mayor de San Marcos.
- (4) Río Mayor, M (2019) Actuación intrahospitalaria enfermera ante la intoxicación aguda. Revisión bibliográfica narrativa.
- (5) M. Amigó Tadrín, et al. (2006) Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el servicio de urgencias
- (6) Nogué S, Et al (2010) Adecuación de un sistema de triaje y del circuito asistencial en urgencias en un paciente intoxicado
- (7) Centeno Casa, M et al (2016) Aplicación del protocolo de atención de enfermería en usuarios ingresados con intoxicación por sustancias tóxicas que causan morbi-mortalidad; servicio de medicina interna del hospital alfredo noboa montenegro, ciudad guaranda, enero 2013 - diciembre 2016.
- (8) Casares Casquero, Lucia (2018) El rol de la enfermería de Triage ante intoxicaciones agudas de adultos en el servicio de Urgencias.
- (9) VIRU LOZA, Manuel André. Manejo actual de las intoxicaciones agudas por inhibidores de la colinesterasa: conceptos erróneos y necesidad de guías peruanas actualizadas (Lima Oct. – Dic 2015)
- (10) Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. 6. ed. Madrid: Elsevier; 1997.
- (11) Daniel T. Teitelbaum (2009) [Primera edición: 1982]. «Capítulo 56: Introducción a la toxicología ocupacional y ambiental».
- (12) Munne Arteaga, J (2003) Asistencia General al Paciente Intoxicado.

ANEXO DE IMAGENES









EsSalud www.esalud.gob.pe **E. PERU PRIMERO**

Clasificación de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia - Triage adulto

Grupos de riesgo	Color	CONDICIÓN DEL PACIENTE	Atención prioritaria	¿Debe ser atendido?	Ejemplos de casos
PRIORIDAD 1 RESUSCITACIÓN	ROJO	CONDICIÓN EXTREMA QUE AMENAZA LA VIDA	Atención prioritaria	Sí o Sí Trauma	Apnea cardiaca, insuficiencia respiratoria, trauma agudo severo, hemorragia grave, asistolia de origen secundario o tercero
PRIORIDAD 2 EMERGENCIAS	NARANJA	CONDICIÓN DE ALTA QUE AMENAZA LA VIDA	15 - 30 minutos	Sí o Sí Trauma, Miocardio, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Pediatría	Insuficiencia respiratoria, dolor de pecho, síndrome de coronarias, trauma moderado, intoxicaciones
PRIORIDAD 3 AMARILLO	AMARILLO	CONDICIÓN AGUDA QUE NO AMENAZA LA VIDA Y DEBE SER FIRMADA EN POCO TIEMPO	1 - 2 horas	Sí o Sí Trauma, Medicina, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Pediatría	Trauma leve, infecciones, endocarditis, fracturas, quemaduras menores de 2 años
PRIORIDAD 4 EMERGENCIAS MENORES	VERDE	CONDICIÓN AGUDA QUE NO AMENAZA LA VIDA Y REQUIERE EVALUACIÓN RÁPIDA	2 - 3 horas	Consultorio de Urgencias, Consultorio de Atención Inmediata	Dolor de pecho para evaluar, alergias, dolores de oído de 24 horas, quemaduras menores de 2 años
PRIORIDAD 5 NO URGENCIAS	AZUL	CONDICIÓN SIMTOMÁTICA MAYOR DE 24 HORAS, REQUIERE EVALUACIÓN DEFERIDA	4 - 8 horas	Consultorio Extremo del establecimiento de adscripción	Dolores de más de tres días, dolor de espalda, problemas de piel, uñas y trastornos mentales

Nota: La atención en el Servicio de Emergencia está orientada a proteger la vida y disminuir las complicaciones, por lo que atendidos por orden de prioridad o gravedad, no por orden de llegada. Los pacientes prioridad 1 y 2 atendidos en emergencia son atendidos sin considerar el tipo de origen.